

Contribution à l'étude
**DE LA SYPHILIS GASTRIQUE
SIMULANT LE CANCER**

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1935

PAR

Emil MONDSCHIEIN

Né à Stanislawow (Pologne), le 13 août 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(Mention : *Médecine*)

**Examineurs
de la Thèse**

}	MM. MASSABUAU, Professeur. <i>Président.</i>	}
	MARGAROT, Profes.	
	BAUMEL, Agrégé.	
	GUIBAL, Agrégé.	
		<i>Assesseurs.</i>

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1935

Contribution à l'étude

DE LA

SYPHILIS GASTRIQUE

SIMULANT LE CANCER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'étude
DE LA SYPHILIS GASTRIQUE
SIMULANT LE CANCER

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1935

PAR

Emil MONDSCHIEIN

Né à Stanislawow (Pologne), le 13 août 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(Mention : *Médecine*)

**Examineurs
de la Thèse**

MM. MASSABUAU, Professeur. *Président.*
MARGAROT, Profes. }
BAUMEL, Agrégé. } *Assesseurs.*
GUIBAL, Agrégé. }

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CHARLES DÉHAN

1935

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	L. HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique.....	GRYNFELTT.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Thérapeutique et Matière médicale.....	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatalogie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	GAUSSEL.
Pathologie médic. et clin. propédeutique.....	GIRAUD.
Clinique médicale.....	VIRES, asses.
Clinique chirurgicale.....	RIMBAUD.
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU.
Clinique des maladies ment. et nerv.....	RICHE.
Clinique des malad. des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge.....	P. DELMAS.
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	EUZIERE, <i>doyen</i> .
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	LEENHARDT.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MARGAROT.
Clinique gynécologique.....	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LAPEYRE.
Matière médicale (<i>ch. de c.</i>).....	VILLARD.
Radiologie.....	TERRACOL.
Anatomie (<i>Ch. de c.</i>).....	CABANNES.
Histologie (<i>Ch. de c.</i>).....	LAMARQUE.
	LAUX.
	GRANEL.

Honorariat. — DOYEN HONORAIRE : M. MAIRET.

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. RODET, TÉDENAT,

MAIRET, VALLOIS, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE.

Chargés de Cours complémentaires

Pathologie expérimentale.....	MM. PAGES.
Pathologie externe.....	AIMES.
Médecine opératoire.....	SOUBEIRAN <i>ag. libre</i> .
Accouchements.....	COLL de CARRERA.
Clinique phthisiologique.....	GAUSSEL, <i>prof.</i>
Clinique propédeutique médicale.....	BOULET.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON.
Stomatologie.....	D ^r WATON.

Agrégés en Exercice

	Chirurgie....	AIMES.
		MOURGUE-MOLINES.
		GUIBAL.
		ROUX.
	Obstétrique..	COLL DE CARRERA
	Bactériologie.	CARRERE.
Médecine ...	MM. BOULET.	
	PAGES.	
	JANBON.	
	BAUMEL.	
	VIDAL.	

Examineurs de la Thèse

MM. MASSABUAU, *profess^r.-président*.
MARGAROT *professeur*.

MM. BAUMEL, *agrégé*.
A. GUIBAL, *Agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS GASTER

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection
et de mon éternelle reconnaissance
pour les sacrifices qu'elle s'est im-
posée pour moi.

A MON FRÈRE

A MA TANTE ET ONCLE JACK GASTER

Consul général de Roumanie à Amsterdam

Pour l'intérêt qu'ils m'ont toujours té-
moigné. Hommage de respectueuse
reconnaissance et profond attache-
ment.

A MA TANTE ET ONCLE DOCTEUR MARMORSTEIN

Hommage de profonde affection.

A MA TANTE ET ONCLE EDDY GASTER

En témoignage de mon grand attache-
ment.

MEIS ET AMICIS

E. M.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Professeur MASSABUAU

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine
de Montpellier.

Qui nous a suggéré l'idée de ce
travail et qui a bien voulu nous
faire le grand honneur d'accep-
la présidence de notre thèse.

Hommage de respectueuse recon-
naissance.

A Monsieur le Professeur MARGAROT

Professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique
à la Faculté de médecine de Montpellier

Pour l'honneur qu'il m'a fait en
acceptant de faire partie de mon
jury de thèse.

A Monsieur le Professeur agrégé BAUMEL

Hommage très respectueux.

A Monsieur le Professeur agrégé GUIBAL

Dont je ne saurais jamais oublier
l'accueil bienveillant et les pré-
cieux conseils.

Hommage très respectueux.

E. M.

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années étant stagiaire dans le service de M. le professeur Massabuau, il m'était arrivé de voir un malade atteint de troubles digestifs, donnant à penser aussibien du point de vue radiologique que du point de vue clinique à un cancer. L'intervention chirurgicale semblait confirmer le diagnostic ; d'une part, la tumeur apparaissant comme inextirpable, cependant que, d'autre part, l'absence de sténose écartait une indication d'une gastro-entérostomie, elle se borna donc à une simple exploration.

Par la suite, le médecin ayant eu l'idée, sans grand espoir du reste, de tenter un traitement antisypilitique, nous apprîmes de lui au cours d'une conversation particulière, qu'il avait obtenu une amélioration considérable de l'état de son malade.

Ce cas nous avait particulièrement frappé. Dans les semaines qui suivirent, nous avons occupé nos loisirs à élucider plus spécialement cette question et à rechercher ce que disent d'une part les auteurs classiques et d'autre part les publications modernes.

Nous avons constaté que si cette difficulté de diagnostic est connue et signalée depuis longtemps, elle semble sinon avoir été découverte de nouveau, au moins avoir été mise en lumière au cours de ces dernières années grâce aux procédés d'investigation moderne et aux facilités de la laparotomie exploratrice.

La question nous a donc paru intéressante, nous avons apporté à M. le professeur Massabuau les résultats de nos

recherches, il a bien voulu les approuver et conseiller de les poursuivre pour consacrer notre thèse inaugurale à une sorte de revue générale sur une forme de syphilis de l'estomac simulant le cancer.

Si ces recherches ont été entreprises, c'est d'abord sur les conseils, ensuite grâce aux encouragements de M. le professeur Massabuau.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute la reconnaissance et gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée au cours de nos études et plus particulièrement durant les trois mois, pendant lesquels je remplissais les fonctions d'externe dans son service.

Nous tenons tout particulièrement à remercier M. le professeur agrégé Guibal de la sollicitude dont il a bien voulu nous entourer aussi bien lors de notre présence dans le service de M. le professeur Massabuau qu'à l'occasion de la rédaction de ce travail.

APERÇU HISTORIQUE

L'étude de la syphilis gastrique est relativement récente. Il y a cependant un siècle déjà (1839) que Andral soupçonna pour la première fois son existence. Il se basait alors sur des faits purement cliniques et notamment sur le fait que certains troubles gastriques résistaient à tout traitement alors que les frictions mercurielles lui donnèrent de merveilleuses améliorations.

De semblables observations furent recueillies par Topinard, Dujardin-Beaumetz (1865-1866).

Avec Fournier, l'histoire de la syphilis gastrique entre vraiment dans le domaine clinique ; on pense à elle, on la recherche, on la traite. Fournier publie des observations demeurées classiques de syphilis gastriques, et notamment de formes néoplasiques.

Les recherches de Hayem, de Galliard, de Chiari, d'Einhorn, les cas publiés par Dieulafoy, Bensaude, les thèses de Barbier et de Pater, inaugurèrent une série de travaux dont le nombre est considérable.

C'est ainsi qu'a été prouvée l'existence de la syphilis gastrique. Il restait à déterminer les différents caractères qui permettraient de l'individualiser. Les travaux modernes d'Agasse, Lafont Bécclère, Bensaude et Rivet, Leven, Lion, Chiray, Le Noir, et de nombreux auteurs étrangers : Hemmeter, Mackay, Lehman, Meyer, Enstermann peuvent faire appel aux perfectionnements de la technique histologique, ils ont à leur disposition les méthodes précises de sérologie et de radiologie. Nous voici donc arrivés à une époque où ces modes perfectionnés d'investigation facilitent singulièrement la tâche des chercheurs,

GÉNÉRALITÉS

Après cet aperçu historique de la syphilis-gastrique en général, il est à peine besoin de faire remarquer que nous n'embrasserons qu'une partie du champ de la syphilis gastrique, puisque nous n'aurons en vue que ceux qui, par leur tableau clinique, l'aspect même des lésions, font penser, d'emblée, à un cancer gastrique, en raison de sa fréquence tellement plus grande. Cette limitation du sujet nous permettra de le situer sur un terrain plus solide en général que celui de la syphilis gastrique dans son ensemble. Le rôle de la syphilis dans les dyspepsies de la période secondaire, l'origine syphilitique de l'ulcère banal de l'estomac, l'association de lésions anatomiques aux troubles fonctionnels d'ordre nerveux dans les crises gastriques du Tabès, sont autant de controverses purement hypothétiques. Ici, du moins, nous avons affaire à une réalité anatomique : existence de lésions certaines.

Est-ce à dire que leur origine syphilitique soit toujours aisée à démontrer ? Loin de là, et nous aurons à rapporter bien des discussions, bien des divergences.

Les critères cliniques sont sans doute les plus insuffisants, l'anatomie pathologique en fournit souvent de précieux, mais dans bien des cas elle ne peut conclure avec certitude.

Au reste, la preuve qu'elle peut administrer risque d'être trop tardive. Intérêt doctrinal sans doute de constater à une autopsie ou sur une pièce de gastrectomie, que le prétendu cancer était une lésion syphilitique, mais le rôle du médecin était de ne pas pratiquer une intervention inutile, de ne pas classer, d'autres fois, son malade parmi les cas inopérables et,

dans les deux cas, de le guérir par un traitement « magique », suivant le mot de d'Einhorn.

De ce point de vue, la thérapeutique, corollaire d'un diagnostic différentiel correct, avec le cancer, domine le sujet dont nous nous occupons.

Elle le domine d'autre façon encore. Le succès d'un traitement antisypilitique d'épreuve reste, comme par le passé, le signe imparfait, mais le meilleur d'une origine sypilitique, à laquelle on songeait parfois sans grande conviction.

NOTIONS ANATOMIQUES

Nous comprenons comme formes néoplasiques toutes celles dont la symptomalogie, les localisations, l'aspect, les images radiologiques évoquent, imposent, pourrait-on dire, l'idée d'un cancer, ou font entrer son diagnostic en discussion chez un gastropathe.

Sur ces bases, nous considérerons comme formes simulant le cancer : les formes tumorales, correspondant aux cancers de faces, dans lesquels les signes ne sont pas commandés par la localisation particulière de la tumeur ;

les formes à types de sténose intéressant le cardia, le pylore, ou donnant lieu à l'aspect radiologique de l'estomac biloculaire ;

La linite plastique.

Leurs caractères anatomiques seront précisés avec chaque forme : aspect macroscopique, rapports de voisinage.

Nous ne donnerons ici que des notions d'anatomie qui leur sont communes. Ces lésions sont des lésions de syphilis tertiaire, c'est-à-dire d'une époque où la syphilis s'organise et où les formations qu'elle provoque prennent une topographie segmentaire. Toutefois, pour n'avoir plus l'allure septicémique des premières périodes, la syphilis à sa période tertiaire peut toucher plusieurs systèmes et organes. C'est une notion qu'il faut avoir sans cesse présente à l'esprit, dans la recherche de cette étiologie, tant par les constatations cliniques qu'anatomiques. Cette remarque faite, dont on verra les applications au chapitre de symptomatologie et de diagnostic, venons-en à l'exposé anatomique.

Les formations constatées sont essentiellement constituées par les gommès ou gommules et la sclérose. Il s'y ajoute des atteintes vasculaires. Toutes ces lésions sont dans les différentes formes en proportion variable, parfois l'un des processus est à l'état presque pur, et ces lésions constituent alors des types aux formes qui sont décrites ; beaucoup plus souvent ces lésions sont mixtes avec prédominance plus ou moins importante d'un processus.

Cette fréquence de combinaison étant bien entendue, c'est des formes pures que nous rappellerons les principales caractéristiques.

L'Infiltration gommeuse

Celle-ci peut être circonscrite, se présentant sous forme de tumeurs, de gommès bien isolées, ou diffuse sous forme de plaques d'induration qui peuvent être limitées, ou constituer de vastes zones d'infiltration. Leur localisation ne présente pas de particularités électives bien nettes, les gommès peuvent d'ailleurs être uniques ou multiples (de 2 à 7).

De consistance dure, de couleur blanchâtre, leur tissu donne peu de suc au raclage.

Sur une coupe de l'organe et par l'examen histologique, on se rend compte que l'infiltration gommeuse siège surtout dans la sous-muqueuse. Celle-ci est épaissie, hypertrophiée de façon considérable. C'est en effet dans la sous-muqueuse que prend naissance le tissu néoformé. Il peut y rester cantonné et la muqueuse est alors simplement soulevée. Mais dans bien des cas, le processus gommeux s'étend aux différentes tuniques et l'on peut dire que le plus souvent la muqueuse est intéressée directement. Quelquefois même le processus dépasse les tuniques gastriques et donne naissance à de la

périgastrite, qui peut être la source d'adhérences serrées et multiples avec les organes voisins.

Cette périgastrite n'est pas cependant l'éventualité la plus fréquente, et Bard donnait, au contraire, comme caractères de ces tumeurs syphilitiques d'être régulières et mobiles.

L'examen histologique du tissu néoformé montre la structure habituelle des gommès : substance granuleuse fondamentale avec hypertrophie du conjonctif formant un feutrage plus ou moins serré. Les cellules épithélioïdes et les cellules embryonnaires sont comme à l'ordinaire disposées autour des vaisseaux, veinules, et surtout artérioles. Celles-ci, outre cette périvascularite, présentent des lésions plus ou moins intenses d'endovascularite. L'ensemble des lésions vasculaires peut donc aller de la simple disposition concentrique des tissus néoformés autour des vaisseaux jusqu'à l'épaississement de leurs parois, ou à l'oblitération complète de leur lumière.

Cornil estime d'ailleurs que cet élément vasculaire de la constitution des gommès peut ne pas être toujours aussi caractéristique. Faisons incidemment remarquer, avec Pater, à propos de ces lésions vasculaires, que l'ulcère syphilitique peut avoir deux mécanismes à sa base : l'un est constitué par l'élimination du tissu de dégénérescence gommeux, l'autre est la nécrose consécutive à l'oblitération vasculaire.

Nous ne parlerons pas des formes scléro-gommeuses les plus fréquentes, cependant, puisqu'elles résultent de la combinaison en proportions variables du processus précédent avec la sclérose dont il va être maintenant question.

La Sclérose syphilitique

Nous ne décrirons pas les aspects anatomiques et histologiques sur lesquels est basé le diagnostic de sclérose.

Nous voudrions surtout rappeler les critères qui permettent d'attribuer à une sclérose une origine syphilitique.

Ce sont, disons-le tout de suite, les éléments surajoutés à cette sclérose, que constituent les lésions vasculaires.

L'affinité de la syphilis pour les vaisseaux est bien connue et ce sont ces lésions qu'il faut d'abord rechercher, il faut ensuite préciser les caractères de ces lésions. « On ne peut affirmer, dit Chabrol, la nature syphilitique d'une artérite, si l'on ne trouve en elle la marque prédominante d'une endartérite ou d'une périartérite nettement cataloguée ».

Les caractères essentiels de cette artérite syphilitique sont, du point de vue de l'endartère, le bourgeonnement, pouvant aller jusqu'à l'oblitération, et l'infiltration des tuniques par des plasmazellen. La périartérite est manifestée par une couronne de cellules rondes. En outre, à un degré moindre généralement on constate une semblable infiltration périveineuse et un certain degré de phlébite. Cette infiltration périvasculaire n'est autre que l'ébauche de gommes, gommes microscopiques, si l'on veut. Cette juxtaposition de sclérose, de gommules, d'endopériartérite, de phlébite est suffisamment caractéristique pour que d'après Chabrol on puisse affirmer que la lésion gastrique est syphilitique.

On ne retrouve pas d'ailleurs cette opinion chez tous les auteurs, et nous nous proposons maintenant de discuter l'importance des constatations histologiques pour l'affirmation de la syphilis.

Nous envisagerons notamment le cas de la linite plastique, ce qui nous amènera à aborder les rapports de la syphilis et du cancer.

Valeur des constatations anatomiques pour l'affirmation de la syphilis

L'appoint qu'elles peuvent apporter est des plus sérieux, mais, dit Lumière, « l'étude histologique est souvent impuissante à préciser ».

L'avis unanime des auteurs est que les lésions gommeuses de type dégénératif sont caractéristiques et Lumière pense que « lorsque manquent ces lésions dégénératives, il est absolument interdit du point de vue histopathologique et en l'absence de contrôle bactériologique de porter le diagnostic de syphilis ».

Le critère bactériologique, sur l'importance duquel il est inutile d'insister, n'intervient pas en pratique.

Le cas de Mac Née semble être la seule observation où l'on ait trouvé des spirochètes.

On fait remarquer que la sclérose, la vascularite, l'infiltration plasmolympocytaire, simulant assez bien la syphilis peuvent reconnaître une toute autre origine, et ne représenter que le stade chronique de lésions inflammatoires banales.

Au surplus, ces lésions associées à la sclérose sont instables. Nombre de sténoses par exemple relèvent d'un tissu scléreux dans lequel on ne trouve pour ainsi dire pas d'éléments jeunes, sans la moindre gommule, sans la moindre périartérite.

Rattacher une sclérose à la syphilis est donc une entreprise difficile du point de vue histologique. L'argument thérapeutique risque également de ne pouvoir jouer, puisqu'on le verra plus tard, le traitement à peu de prise sur une sclérose constituée.

En présence d'une sclérose à l'origine de laquelle on suspecte l'intervention de la syphilis, il est donc souvent impossible de se prononcer avec certitude. Nous allons retrouver des difficultés du même ordre avec la linite plastique.

La linite plastique

Dans les lignes précédentes, nous avons déjà trouvé matière à discussion. Ici, nous nous heurtons à des obscurités étiologiques plus grandes encore, sur lesquelles viennent se greffer

des discussions de pathologie générale, à savoir le rôle de la syphilis dans la genèse du cancer.

Rappelons brièvement les caractéristiques essentielles anatomiques de la linite plastique. Caractérisée par l'induration et l'épaississement des parois gastriques, elle est tantôt généralisée, tantôt limitée. Dans la forme généralisée, l'estomac est très réduit de volume puisque sa capacité peut être réduite fréquemment à 150 ou 200 centimètres cubes.

Sa dureté, sa consistance cartilagineuse résistant à la pression sont remarquables. La section de l'organe montre l'épaississement considérable de sa paroi puisqu'elle peut atteindre 3 centimètres.

L'essentiel des lésions histologiques porte sur la sous-muqueuse, puisque son épaisseur peut être de 8 à 10 fois supérieure à la normale. Elle est constituée par un stroma conjonctif très serré dont les tractus pénètrent la couche musculaire et parviennent jusqu'au tissu sous-séreux.

La muqueuse n'est pas hypertrophiée, elle est peu altérée, et ne présente souvent que des lésions de gastrite chronique.

La musculature et la couche celluleuse sous-péritonéale sont envahies et dissociées par une trame fibro-cellulaire serrée, leur hypertrophie est réelle, mais beaucoup moins accusée que celle de la sous-muqueuse.

Au sein de cette sclérose intense et qui est la dominante de la linite, on trouve presque toujours tantôt disséminés, tantôt réunis en îlots ou sous forme de travées, des éléments cellulaires de nature néoplasique.

Cette nature néoplasique de la linite plastique est en effet soutenue par la majorité des auteurs, pour qui elle réalise un type très spécial de cancer gastrique.

Mais pour d'autres auteurs, la nature de la linite est différente ou en tout cas variable. C'est ainsi que la syphilis a été retenue. Mais alors que pour certains auteurs il existe des cas

de limite syphilitique analogues, sinon identiques, à la limite cancéreuse, pour d'autres, la limite plastique serait avant tout une manifestation de syphilis? D'autres interprétations encore sont à signaler ; la limite syphilitique peut se compliquer d'une évolution vers la limite cancéreuse, enfin la limite serait un hybride de syphilis et de cancer. Nous ajouterons à ce dernier point de vue le résumé des quelques notions récentes concernant le rôle de la syphilis dans la genèse du cancer. Mais auparavant, situons les opinions précédentes en reproduisant ce passage de la thèse de Mousseau.

a) « Dans la limite plastique classique des auteurs modernes, on rencontre dans la sous-muqueuse, la musculuse et jusque dans la séreuse une trainée fibro-cellulaire serrée au milieu de laquelle tantôt disséminés, tantôt réunis en îlots ou sous forme de travées, on découvre presque toujours des éléments cellulaires de nature néoplasique.

b) La limite dite syphilitique ou la syphilis gastrique à forme linitique présente, elle, des lésions artérielles non cancéreuses (endartérite, mésartérite, panartérite) si bien mises en évidence au cours de processus syphilitique. Cette limite qui repose sur un facteur pathologique connu, peut également, à l'instar de toute lésion inflammatoire, dépasser ce stade relativement bénin, pour évoluer vers le cancer, pourvu qu'un laps de temps suffisant lui soit accordé, c'est alors :

c) La limite syphilitique à évolution cancéreuse progressive caractérisée par la présence de cellules cancéreuses, de tubes néoplasiques et des formations lymphoïdes : ces différents éléments pouvant envahir alors les différentes couches de l'estomac, ainsi que les organes du voisinage, et donner lieu à de multiples adhérences.

d) La limite dite inflammatoire, non cancéreuse, se caractérise pour les auteurs qui en ont observé certains cas, par la

pauvreté des éléments cellulaires, la multiplication et l'influence destructive du tissu élastique sur les fibres musculaires lisses, et par la périgastrite et la péritonite avec adhérences souvent multiples ».

La linite considérée comme hybride syphilitico-cancéreux

Signalons tout d'abord les cas de coexistence de cancer et de syphilis, comme celui de Lion, où le malade fut amélioré partiellement par le traitement spécifique, le cancer continuant à évoluer pour son propre compte.

Le stade de coexistence est dépassé dans d'autres cas. Faroy écrit que « la mésartérite et l'endartérite déformant et oblitérant complètement la lumière des vaisseaux et que Curtis considère comme la règle dans la linite, nous paraissent plus dignes de remarque et sont pour nous la preuve de l'origine syphilitique des lésions.

Les vaisseaux sont frappés de lésions banales non néoplasiques touchant les 3 tuniques soit isolément soit concurremment. « Mais la syphilis pour le même auteur peut conditionner l'aspect si caractéristique de la linite en agissant d'autre façon. Dans la linite cancéreuse banale la formation de ce tissu scléreux si abondant et qui la caractérise serait sous la dépendance du terrain syphilitique, et la linite serait vraiment dans ces conditions un hybride de syphilis et de cancer.

La notion de la syphilis intervenant dans la genèse du cancer

Ainsi dans les pages précédentes à la notions de différenciation entre les lésions cancéreuses et syphilitiques s'est ajoutée celle d'un complexe étiologique et anatomique, pour

certaines autres, qui risque de rendre sans réponse possible cette question : « Est-ce de la syphilis ? Est-ce du cancer ? »

Encore que les remarques que nous allons faire maintenant soient d'ordre plus clinique, que strictement anatomique nous les situons ici, puisque sont posés les rapports de la syphilis et du cancer. On verra plus loin que le diagnostic clinique entre syphilis et cancer gastrique comporte entre autres éléments la recherche d'antécédents de syphilis ou de manifestations concomitantes de syphilis sur d'autres appareils.

Or c'est en se basant sur les mêmes données que Touraine arrive à mettre en évidence la coexistence fréquente d'un cancer, qu'elle qu'en soit la localisation, et d'une syphilis ancienne.

Voici quelques-uns des chiffres relevés dans son article :

Le cancer est cinq fois plus fréquent chez les syphilitiques que dans l'ensemble de la population. Il cite les statistiques de Brunsgaard (Oslo) et de Gollmer et qui estiment respectivement à 17 % et 18, 5 % le nombre de syphilitiques qui meurent par cancer.

D'autre part, il trouve la syphilis avérée ou hautement vraisemblable dans les 2/3 ou parfois le 3/4 des cas de cancer. Il estime à 40 % la proportion des réactions sérologiques positives, dans les différents cancers, proportion qui est très élevée, remarque cet auteur, si l'on se souvient que ces réactions ne sont positives que chez 30 à 50 % des syphilitiques arrivés aux époques lointaines de la syphilis où se développe habituellement le cancer.

Alors que Touraine donne des chiffres pour différentes localisations du cancer, nous ne trouvons pas de précisions concernant le cancer gastrique. « La réaction de Wassermann est fréquente encore dans les cancers du sein, du tube digestif ». — Dans ces conditions, il est bien évident que la

notion d'une syphilis antérieure, que la positivité d'une réaction sérologique n'apporteraient pas au diagnostic de la syphilis gastrique l'appoint important sur lequel on pensait jusqu'ici pouvoir se baser.

ETIOLOGIE ET FRÉQUENCE DE LA SYPHILIS GASTRIQUE

Nous ne tiendrons évidemment pas compte des notions trop récentes dues à Touraine que nous venons d'exposer. Malgré ce, il est difficile d'apprécier la fréquence de la syphilis gastrique.

La plupart des auteurs y insistent. La raison en est la rigueur plus ou moins grande des critères invoqués ; on voit l'origine syphilitique affirmée ou considérée comme très vraisemblable, sur l'influence heureuse d'un traitement, sur la notion d'antécédents ; quand des examens anatomiques ont été faits, la rigueur de recherche comme celle d'interprétation est fort différente suivant les auteurs, enfin la réaction de Wassermann date seulement de 1910.

Fréquence générale de la syphilis gastrique

Depuis 1838, où Andral se demandait si la localisation gastrique de la syphilis existait, des réponses nombreuses lui ont été faites et, en 1898, Fournier écrivait : « La science n'attend plus les observations de cet ordre, nous les avons déjà en nombre très imposant », Ramond nous semble exprimer l'opinion de la majorité des auteurs modernes, quand il écrit que la syphilis gastrique est : « beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois où on la considérait comme rare ». Le changement d'opinion de Hayem est d'ailleurs symptomatique de cette évolution. En 1904, il écrivait en effet : « La syphilis gastrique n'est pas très fréquente et dans

ma carrière déjà longue je n'en ai observé que 4 ou 5 cas » et en 1911 : « La syphilis gastrique n'est point rare et il ne se passe point d'année sans que j'en recueille 4 à 5 observations.

Passons maintenant à quelques statistiques ; Pater, en 1907, signalait 122 cas publiés dont 59 comportaient un examen macroscopique ou microscopique. Mais il estime que pour ceux-ci on ne peut retenir que 28 cas vraiment probants.

Windholz, sur 13.680 autopsies à l'hôpital Rudolf à Vienne ne trouve que 3 cas de syphilis gastrique.

Fréquence de la localisation gastrique chez les syphilitiques

La statistique de Chiari porte sur 243 syphilitiques dont 145 atteints d'hérédo-syphilis. Il ne retrouve que trois cas de lésions gastriques nettes.

O. Leary, sur 25.000 syphilitiques, rencontre 89 cas de syphilis gastrique. Strauss trouve que la syphilis gastrique est rare puisqu'il ne la rencontre que dans 1/2 o/o des cas de syphilitiques autopsiés.

Fréquence de la syphilis gastrique chez les gastropathes

Sans vouloir tenir compte de l'interprétation qu'ils en donnent, citons les chiffres trouvés par Lang, Lanski, Le Noir, comme exprimant la fréquence de la syphilis chez les ulcéreux et qui sont respectivement de 20 o/o, 20 o/o, 28 o/o.

Smithies en 1915 sur 7545 dyspeptiques trouve de la syphilis gastrique, 26 fois, soit un pourcentage de 0,34 o/o.

Sur 8.000 gastropathes vus en 10 ans, Moutier trouve 8 cas de syphilis gastrique.

Fréquence respective des diverses formes de syphilis gastrique

Là aussi les opinions diffèrent. La sténose du cardia est considérée comme très rare, puisqu'on n'en trouve signalés que 3 cas.

Suivant les auteurs, nous retrouverons la même appréciation à propos des différentes formes. La forme pseudo-cancéreuse disent Chiray, Chêne, Poirier représente la moitié des observations de syphilis gastrique. La forme ulcéreuse est la plus fréquente, dit Ramond ; pour Kurzenne cette plus grande fréquence appartient à la forme dyspeptique qui, dit-il, est la plus mal connue aussi.

Nous citerons encore les chiffres d'Enstermann, malgré que leur interprétation en soit un peu malaisée : Sur 92 malades vus par lui, 23 o/o ont une symptomatologie d'ulcère. Un groupe de 15 o/o réunit les cas de pseudo-cancer, 63 o/o se plaignent de malaises dyspeptiques. Mais quand leur maladie évolue depuis longtemps on trouve aux rayons X un estomac rétracté comme dans la linite plastique ou quelquefois une infiltration dans la région pylorique.

Mais sur ces 92 malades, 28 furent opérés et dans 14 cas seulement il y eut un contrôle histologique.

Nature de la syphilis en cause : syphilis acquise ou hérédo-syphilis

L'hérédo-syphilis est certes à l'origine de nombreuses manifestations gastriques. Mais elle paraît intervenir à titre exceptionnel dans le domaine où nous nous sommes limités. Il n'est en effet, de toute évidence, pas question des manifestations septicémiques avec participation gastrique, de l'hérédo-syphilis précoce, ni de ces troubles fonctionnels gastriques à

l'origine desquels on invoque si souvent une étiologie spécifique. Il ne peut donc s'agir que de l'hérédo-syphilis tardive. Elle a été signalée à l'origine d'assez nombreux ulcères gastriques (Hemmeter, Mackay, Lehmann, Andrain, Ramond). Pour Jubelin, la participation de l'hérédo-syphilis tardive semble se ramener au type dyspeptique. Nous n'avons trouvé qu'un cas, de Strauss, concernant une forme néoplasique, il s'agissait d'un enfant de 11 ans qui présentait un estomac biloculaire avec linite.

Age de la syphilis

Il s'agit de syphilis acquise pour ainsi dire toujours, et de syphilis tertiaire. Mais le tertiarisme on le sait, n'est pas affaire d'années, aussi rien d'étonnant à ce que l'âge de la syphilis soit des plus variable quand elle provoque des lésions gastriques.

Ensternmann estime qu'en moyenne cette localisation se manifeste le plus souvent de 10 à 12 ans après le chancre. Mais entre les chiffres extrêmes notés 2 ans (Chiari) et 40 ans (Hayem), tous sont possibles.

Causes prédisposantes :

Le sexe : On s'accorde à reconnaître que la syphilis gastrique est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et nombre d'auteurs (Fournier, Bensaude et Rivet) pensent que l'alcoolisme, les excès alimentaires, les inflammations antérieures ont un rôle prédisposant. Ces facteurs seraient d'ailleurs la raison de la fréquence masculine plus grande.

L'âge : La syphilis tertiaire n'est point comme le cancer, elle ne respecte aucun âge et n'affectionne aucune période de l'existence. Dans les observations où l'âge était mentionné,

Pater relève 5 cas de 20 à 30 ans, 3 de 60 à 75, et aux âges moyens de la vie 7 cas de 30 à 40, de 40 à 50, de 50 à 60.

Si donc un grand nombre de malades ont un âge dont on ne peut tirer aucune indication valable en faveur de la syphilis ou du cancer, le fait qu'elle atteint les jeunes présente un certain intérêt.

ÉTUDE CLINIQUE

Notre but dans cette question si vaste de la syphilis gastrique à forme néoplasique n'est pas de faire un simple et aride exposé d'observations. Au contraire, par une étude critique des diverses manifestations cliniques, nous voudrions attirer l'attention sur la fréquence relative des altérations syphilitiques de l'estomac et mettre en relief les diverses caractéristiques qui permettent de l'individualiser.

Nous nous placerons de préférence sur le terrain chirurgical, point de vue qui jusqu'ici a été relativement négligé.

Nous insisterons donc tout spécialement sur la syphilis à forme tumorale et sur la sténose du pylore, formes qui ont été les plus fréquemment à l'origine d'erreurs fâcheuses de diagnostic et de thérapeutique.

Très certainement bien des gastrectomies ont été pratiquées sur les tumeurs syphilitiques, et l'on peut se demander si parmi les survivants éloignés de tumeurs de l'estomac opérés il n'est pas nombre de syphilitiques.

Les observations de syphilis de l'estomac actuellement publiées sont de plus en plus nombreuses, mais de très inégale valeur, nous n'en utiliserons qu'un nombre restreint, après avoir élagué toutes celles dont le diagnostic est imprécis, cas malheureusement trop fréquent en matière de syphilis gastrique.

Nous diviserons notre étude en trois chapitres :

1^o Syphilis du type tumoral.

2° Syphilis à type de sténose :

Pylorique.
Médio-gastrique.
Du cardia

3° Linite syphilitique.

Nous n'ignorons pas tout ce qu'une pareille schématisation a d'artificiel, mais il nous a semblé utile, pour la clarté de notre exposé, d'étudier séparément ces formes qui en pratique s'associent les unes aux autres.

CHAPITRE PREMIER

Syphilis à type tumoral

C'est la forme pseudo-cancéreuse par excellence.

Elle intéresse au plus haut chef le chirurgien car c'est elle qui pose les problèmes les plus angoissants, provoque les erreurs les plus graves.

Son intérêt provient également de ce fait qu'elle est électivement influencée par le traitement antispécifique, ce dernier provoque ici, énergiquement employé, de véritables résurrections.

Parmi les diverses atteintes de l'estomac par la syphilis, la forme tumorale n'est cependant pas une des plus fréquente, puisque sur 23 observations de syphilis gastrique rapportées par Pater, nous ne trouvons qu'un seul cas qui simule le cancer (en dehors des formes à type de sténose pylorique).

Si nous interrogeons alors les statistiques des chirurgiens, nous voyons que Hartmann sur 200 pièces de gastrectomies

a trouvé un syphilome. Quant à Gosset sur 119 tumeurs gastriques opérées il y eut un cas de tumeur syphilitique.

L'erreur est donc commise environ 1,5 fois sur 100, ce qui est relativement élevé, si l'on considère surtout que ne sont pas compris dans cette statistique les malades améliorés par le traitement d'épreuve et non opérés.

Anatomie pathologique. — La tumeur syphilitique peut siéger au niveau de toutes les régions de l'estomac, cependant elle est fréquente au niveau de la face postérieure.

Son siège d'élection semble être la petite courbure (observations de Pozzi, cas Soupault).

Elle siège en général plus près du pylore que du cardia.

Ses caractères morphologiques varient beaucoup suivant que l'on se trouve en présence d'une lésion diffuse ou circonscrite.

Les tumeurs circonscrites, les plus caractéristiques, se rencontrent assez rarement. Leur volume varie de façon importante. Il peut aller depuis celui d'une noisette jusqu'aux dimensions d'une orange, et même plus.

En général ovalaires, transversales, elles s'allongent suivant l'axe de l'estomac.

Leur coupe est sèche, crie sous le couteau, et ne laisse échapper que quelques gouttes de sérosité. Le tissu blanchâtre relativement dur peut cependant parfois être ramolli, jaunâtre et caséifié lorsqu'il s'agit de gommes évoluant vers la fonte tissulaire.

Les tumeurs infiltrées se présentent sous un aspect assez différent.

Ce sont des placards infiltrés irréguliers, diffus, formant corps intimement avec les parois stomacales. Leur limite ne peut être déterminée. La muqueuse gastrique envahie peut s'éroder et s'ulcérer secondairement, ulcérations qui peuvent

également se voir dans les formes circonscrites, lorsque le contenu d'une gomme vient se vider dans la cavité stomacale.

Le péritoine réagit et présente une teinte blanchâtre ou bleuâtre. La paroi stomacale, dans son ensemble, donne une sensation de placard cartonné et dur.

Lorsque ces lésions siègent sur la paroi postérieure de l'estomac, elles revêtent parfois une allure particulièrement envahissante : telle l'observation si intéressante de Caussade et Leven qui s'accompagnait de rétropéritonite calleuse avec infiltration complète de l'arrière cavité des épiplooms, du pancréas, du duodénum et des tissus environnants rétractés et sclérosés.

On conçoit toute la parenté qu'il existe entre de pareils cas et la limite syphilitique. Seule l'étendue de lésions, la forme particulière de l'estomac et ses réactions fonctionnelles permettent de les différencier.

Symptômes de la syphilis gastrique tumorale. — Question particulièrement ardue et qui a donné lieu à des débats sans nombre, la symptomatologie de la syphilis stomacale est très difficile à fixer et les signes cliniques quoique au tout premier plan restent malgré tout uniquement des symptômes de probabilité.

Ce sont en effet les mêmes que ceux du cancer stomacal, sur lequel la syphilis calque son allure clinique, son évolution même.

Affection essentiellement protéiforme, la syphilis « la grande simulatrice » n'a malheureusement rien de pathognomonique.

Période de début. — Presque toujours, les troubles dyspeptiques ouvrent la scène et attirent l'attention du malade. Tout comme dans le cancer des faces l'anorexie a une valeur très spéciale, elle est assez fréquemment accusée par le sujet, parfois même elle prédomine pour certains mets : aliments

gras, viande. Cette anorexie élective ne peut donc être retenue comme élément de différenciation, et ne peut être mise seulement au compte du cancer. Elle manque parfois, telle l'observation de Gastinel. Cependant l'anorexie est rarement un symptôme d'extrême début et les troubles dyspeptiques banaux sont relatés dans presque toutes les observations (Pozzi, Dieulafoy, Soupault, Leven). Ce sont après les repas, des sensations de pesanteur, de flatulence, de ballonnement abdominal, Tout est bien souvent atténué et flou dans les caractères de cette douleur gastrique, aussi bien son siège que son intensité, et même son horaire.

Il semble bien cependant qu'un caractère soit assez spécial au cancer, l'absence d'antécédents gastriques.

Il est loin d'en être de même pour la syphilis, si cette dernière peut débiter assez brusquement vers 40, 50 ans, chez un sujet qui ne s'est jamais plaint de troubles digestifs, il n'est pas rare non plus de l'observer chez des malades, tel celui de Soupault, qui souffrait depuis 6 ans déjà de douleurs épigastriques.

L'étude très fouillée des antécédents douloureux a donc la plus haute importance pour l'établissement d'un diagnostic étiologique. La question se complique malheureusement du fait que bien souvent l'alcool, le tabac, les lésions irritatives et les gastrites de toute nature font en quelque sorte le lit du cancer, et, en conséquence, se retrouvent assez fréquemment dans les antécédents des néoplasiques.

Evolution. — On a voulu voir dans la lenteur de l'évolution un argument en faveur de l'étiologie spécifique. En réalité, il n'en est rien, et l'étude des observations que nous avons dépouillées ne nous a pas permis de conclure par l'affirmative; bien des syphilis brûlent les étapes et conduisent rapidement le malade à la cachexie et à la dénutrition.

Les signes fonctionnels s'aggravent peu à peu, d'une façon régulière et chronique, et se confirment *les douleurs*.

Ces dernières revêtent dans la plupart des circonstances une allure peu bruyante, atténuée et ne ressemblant en rien dans les cas typiques aux phénomènes intenses accusés par les ulcéreux. Exceptionnellement (Gosset, Gutmann) elles peuvent être très violentes et ne laisser que peu de repos au malade, prenant le premier plan au tableau clinique et apparaissant alors comme un symptôme très précoce.

Leur horaire généralement régulier varie d'une heure à 2 ou 3 heures après les repas, suivant le siège de la lésion. Quant au siège de la douleur il se localise tantôt à l'épigastre, tantôt à l'hypochondre, aux flancs, quelquefois avec des irradiations dorsales. Les douleurs nocturnes sont classiquement citées comme assez particulières à la syphilis. Il ne nous paraît pas qu'on doive leur attribuer une importance excessive. Le Wald, Brams, Mayer, Moutier, Lemièrre, les ont signalés, mais chacun estime que tous les types douloureux peuvent être rencontrés et qu'aucun ne doit être considéré comme caractéristique.

Les vomissements n'ont rien d'intéressant dans la syphilis de l'estomac : rances, glaireux, contenant des acides de fermentation, parfois des débris alimentaires, ils sont souvent marqués de café.

Les hémorragies. — Les opinions les plus diverses ont été émises. Pour Gutmann elles seraient fréquentes, ou tout au moins ne seraient pas moins rares que chez les cancéreux gastriques ; Smithies, au contraire, attribue à leur absence une grosse valeur.

Chiray, Chène et Poirier concluent de leur étude « Les recherches que nous avons pratiquées nous-même ne nous ont rien révélé de significatif à cet égard. Il semble que les

hémorragies soient rencontrées assez souvent parfois, même abondantes au cours des formes pseudo-tumorales de la syphilis gastrique ».

Peut-être faut-il dissocier la question et envisager séparément les hématémèses et les hémorragies occultes.

Les premières semblent plus fréquentes dans la syphilis gastrique que dans le cancer, et cela paraît tout naturel si l'on veut bien considérer l'importance des lésions histologiques vasculaires. La périartérite, la panvascularité trônent ici au premier plan. Pludner retrouve à l'autopsie d'importantes lésions veineuses, Caussade et Leven ont rapporté à la Société médicale des Hôpitaux, l'observation fort intéressante à ce sujet d'une femme ayant présenté deux hématémèses toudroyantes dont la seconde entraîna la mort. Celle-ci était due à une petite lésion en coup d'ongle ayant ouvert un vaisseau de calibre important.

Quant aux hémorragies occultes, il est très difficile de fixer leur fréquence, leur recherche systématique n'a été que rarement pratiquée, et n'est relatée que dans un petit nombre d'observations.

Pour Strauss on ne trouverait pas de trace d'hémorragies occultes dans les selles. Laffleur a noté au contraire leur présence ; Buttner fait de l'absence d'hémorragies occultes un test très précieux.

Mousseau sur 4 observations n'a trouvé qu'une fois de l'hématine dans les matières fécales.

En conclusion, il semble bien que la présence d'hématine dans les matières soit relativement rare dans la syphilis gastrique, et si pratiquées à plusieurs reprises elle s'est montrée constamment négative, ce résultat ne sera pas négligeable dans l'établissement du diagnostic.

L'anémie. — Dans les cas où elle a été recherchée elle ne s'est pas montrée très importante et oscillait autour de

3.000.000. Font cependant exception à cette règle deux ou trois observations mais alors à la phase tardive de cachexie.

L'examen physique. — Cherchons si ce dernier peut donner quelques éléments permettant de ranger le malade dans un cadre nosologique bien déterminé.

Sans insister sur l'examen général qui garde une importance primordiale et permettra de constater d'autres lésions viscérales de syphilis : aortite, gomme, symptômes de la série tabétique qui seront notées soigneusement, l'examen portera immédiatement sur l'existence ou la non existence d'une tumeur. On retrouve la notion d'une tumeur fréquemment, 6 fois sur 8 environ.

De consistance dure, elle est en général circonscrite et assez facilement accessible à la palpation.

Pour Lion et pour Bard, elle serait indolente, mais ce caractère n'est pas constant.

Son volume est des plus variable, Gosset rapporte le cas d'une tumeur du volume d'un poing d'enfant. Dans l'observation de Fournier, la tumeur est un volume d'une grosse mandarine. Bard la compare à un œuf d'oie, de poule ou de pigeon ; quand elle est moins bien limitée, c'est une sorte de placard infiltré, résistant que l'on palpe dans la profondeur. Dans l'observation de Hayem, on note « un plastron dur, diffus, infiltré ».

Dubuc relate avoir observé une syphilis gastrique à laquelle il avait trouvé « une large plaque indurée de la dimension d'au moins la paume de la main ».

Il est essentiel de ne pas s'en tenir à l'examen de l'estomac, mais de rechercher encore s'il n'existe pas d'hépatomégalie ou de métastase hépatique ; l'atteinte hépatique est rare en matière de syphilis gastrique.

Tout au contraire, avec une tumeur de volume important, il serait bien étonnant, si elle est cancéreuse, de voir le foie

complètement épargné. Il est donc précieux pour le diagnostic de pouvoir noter une nodosité hépatique.

Chiray fait remarquer tout l'intérêt que présente l'existence de la triade : tumeur gastrique, hépatomégalie, splénomégalie.

Elle oriente immédiatement vers l'idée d'une double spécificité viscérale.

Lorsque cette triade est rompue, par contre l'hépatomégalie, au lieu d'être un argument en faveur de la spécificité, devient, ainsi que nous l'avons indiqué, une forte présomption pour l'étiologie cancéreuse.

L'état général dépend de la phase de la maladie. Il est classique d'insister sur le fait que la syphilis gastrique retentit peu sur l'état général ; de plus, les sujets atteints ne présenteraient jamais de teinte jaune paille des téguments comme les cancéreux, même lorsqu'ils sont profondément cachectiques. Brams le premier avait constaté ce fait, et Lipschitz, dans sa thèse, confirme ce fait que ses maîtres Bensaude et Rivet jugeaient à peu près constant.

Pour Bard, d'ailleurs, l'absence de retentissement général est caractéristique.

Mais tous les auteurs ne confirment pas cette opinion. Letulle trouve chez un de ses malades un amaigrissement et un épuisement énorme. L'étude de la statistique de Chiray montre par exemple que nombre de malades ont un état général très précaire : « Azémar et Lacapère (cas 1) 26 kgs en 7 mois ; Morton 18 kgs ; Le Wald (cas 2), 10 kgs en 8 mois ; Brams et Méyer (cas 1) 13 kg. en 3 mois ; Cade et Morenas (cas 1) 10 kg. Un malade de Moutier (obs. 1) perd 12 kg. en 6 mois, une autre (obs. 4) arrive à un degré de cachexie absolument effrayant et meurt. Il en est de même pour le malade de Petit Dutaillis et d'Ivan Bertrand. La plupart du temps,

l'amaigrissement est, comme dans les néoplasmes rapides, progressif et sans rémission ».

Tels sont les principaux symptômes révélés par l'examen clinique : on voit combien ils sont inconstants, variables et peu sûrs. Les examens spéciaux donnent-ils des garanties supérieures : on l'a prétendu.

Le chimisme gastrique a été étudié surtout en Allemagne et en Autriche ou on lui a accordé une valeur capitale. Cependant l'anachlorhydrie paraît aussi fréquente dans le cancer que dans la syphilis, tout comme l'élévation du coefficient de Hayem.

Voici les résultats du chimisme effectué chez le malade de Soupault :

$$\begin{aligned} \text{« A} &= 176 \\ \text{I} &= 322 \\ \text{H} &= 0 \\ \text{C} &= 175 \\ \text{F} &= 146 \text{ »} \end{aligned}$$

Les réactions sérologiques ont plus de valeur, elles sont presque constamment positives, encore faut-il se souvenir qu'un syphilitique peut avoir un cancer de l'estomac et que le Wassermann n'est qu'un signe de présomption, malgré tout, il impose un examen approfondi du malade et une recherche soigneuse de ses antécédants.

Chiray, Chêne et Poirier disent que parmi les observations ou elles ont été notées il n'en ont trouvé que 4 négatives.

Sur 5 cas de syphilis à forme tumorale, nous n'avons trouvé qu'un Wassermann négatif, l'observation de Gastinel et Portret. Il faut bien remarquer cependant que malgré l'absence du Wassermann les signes cliniques permettent à eux seuls de poser le diagnostic de syphilis dans la très grande majorité

des observations. On peut donc conclure qu'à part exceptions toujours possibles, on ne passera pas devant une syphilis gastrique sans y penser au moins si l'on a eu la précaution de pratiquer un examen clinique complet et une réaction de déviation et de floculation.

C'est pour avoir négligé ces précautions à cause de l'existence d'un tableau qui criait le cancer et qui semblait ne pas laisser place au doute que presque toutes les erreurs se sont ainsi produites.

Il est donc relativement aisé de poser l'éventualité d'une syphilis gastrique. Mais comment l'affirmer, aucun des signes déjà examinés précédemment ne nous permet de le faire.

Au surplus, nous avons déjà rappelé avec quelle fréquence Touraine trouve la syphilis dans les antécédents des cancéreux.

Si ces notions se vérifiaient le diagnostic de la syphilis gastrique s'en trouverait encore accru.

L'examen radiologique. — Il ne semble pas être non plus bien caractéristique, cependant il peut autoriser à faire pencher la balance.

L'image observée en général est un aspect lacunaire. Soupault note : « Une grosse lacune prépylorique sur la grande courbure de l'antrum ». Dans un autre cas la petite courbure est rectiligne, l'antrum prépylorique semble étiré, son bord supérieur est irrégulier en chou-fleur, et la région prépylorique est rigide, inextensible.

La rigidité localisée, le défaut d'imprégnation des parois, la fixité de certaines zones gastriques, les irrégularités, les images lacunaires, la disparition du péristaltisme, un certain degré d'incontinence ne paraissent donc pas être le monopole du cancer, et Larcimore semble s'aventurer beaucoup en parlant d'image « typique de syphilis gastrique ».

Cependant lorsque l'image lacunaire est régulière, homogène, on peut pencher en faveur d'une tumeur bénigne et penser à la syphilis, mais ces signes sont très frustes, les caractères de l'image suffisent rarement pour pouvoir soulever plus qu'une hypothèse.

Un caractère malgré tout sur lequel il faut attirer l'attention est dans la syphilis la persistance et l'intégrité des plis de la muqueuse au contact de l'image lacunaire, alors que le cancer déforme ces plis d'une façon constante ; par suite des phénomènes d'adhérence et d'infiltration qui siègent à ce niveau, ces plis muqueux disparaissent complètement en général.

Les observations de Gaston Durand, d'Arbeit et de Chiray soulignent bien toute la valeur de ce signe.

Enfin les localisations multiples des lésions sur l'estomac et le restant du tractus digestif très rares dans le cancer semblent au contraire l'apanage de la syphilis.

Quant à la gastroscopie et à la gastrophotographie, elles ne rendent pas ici grand service.

Voici une belle observation de syphilis gastrique à forme tumorale.

OBSERVATION

(GOSSET, GUTMANN et Yvan BERTRAND)

M^{me} G. Marguerite, âgée de 27 ans, a eu, il y a 9 ans, une grossesse gemellaire avec un seul enfant vivant.

Quelques temps après cet accouchement, elle a un jour ressenti une douleur violente dans le creux épigastrique, et elle a eu une hématomatose de sang noirâtre.

Après ce court épisode, elle se sent bien pendant 6 ans et, alors de nouveau présente une crise analogue, douleur épigastrique et hématomatose.

Depuis cette seconde crise, la malade continue à avoir, sans horaire et sans périodicité nets, des « contractions » douloureuses dans la région de l'estomac. Lorsqu'elle appuyait sur son creux épigastrique, cette pression provoquait, dit-elle, une sensation lipothymique. Il y a trois ans enfin elle a senti pour la première fois, en se palpant, « une grosseur » épigastrique.

Elle a consulté divers médecins, on lui aurait parlé « d'ulcère » et donné des traitements sous forme de poudres, etc. C'est dans ces conditions que nous voyons la malade à la consultation de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, le 22 octobre 1929. Les troubles douloureux sont peu accentués, « contractions » douloureuses de temps en temps, sans rythme spécial, pas de vomissements, pas d'hématémèses, aucun autre trouble, pas d'anorexie,

Depuis 3 ans la malade a commencé à maigrir progressivement de 8 kilos. Mais cet amaigrissement progressif cède transitoirement au repos pour reprendre ensuite, c'est ainsi que la malade a grossi d'un kilo, aux dernières vacances.

A l'examen, on est frappé par l'aspect de la région épigastrique. Celle-ci montre, à la palpation, une tumeur de la grosseur d'un poing d'enfant, allongée dans le sens de la région pylorique, et s'étendant jusqu'à la ligne médiane. Cette tumeur, de consistance élastique, est mobile de haut en bas, indolore, régulière, non bosselée.

A part cette constatation tout le reste de l'examen est négatif (cœur, aorte, système nerveux, etc.).

Les radiographies en série montrent une grosse lacune qui supprime complètement l'antrum pylorique et empiète sur le corps de l'estomac dans la région de la grande courbure. L'estomac, dans son ensemble, paraît rétracté vers la gauche. Le bulbe duodénal est de forme normale, il est attiré vers la

gauche, il se projette en plein sur la moitié droite de la vertèbre.

L'aspect général est tout à fait celui d'un cancer de l'antrum prépylorique, avec kinésie gastrique conservée au delà de la tumeur. Rien dans l'examen des clichés ne permet de trouver une raison de porter un autre diagnostic.

A cause de l'âge de la malade, de sa grossesse gemellaire, à cause du laps de temps déjà long (3 ans) depuis lequel la tumeur a été constatée, nous pensons d'emblée à la syphilis et, malgré un Wassermann négatif, nous mettons la malade au traitement (3 ampoules de quinby par semaine, iodure 0,75 par la bouche).

Ce traitement reste absolument sans résultat aussi bien sur la tumeur que sur l'état général et sur les sensations douloureuses. Aussi, après un mois, la malade est opérée par M. le professeur Gosset (9 décembre).

On trouve à l'opération, un estomac petit, avec, dans sa région pylorique une grosse tumeur qui n'a pas l'aspect néoplasique, mais donnerait plutôt l'impression d'une tumeur inflammatoire. On constate de la lymphangite tout autour. On fait une pylorectomie large et on ferme les deux tranches à la soie. On termine par une G. E. P. transversale.

Les suites opératoires sont normales. Mais il est intéressant de signaler que la réaction de Wassermann, négative avant l'opération, est devenue nettement positive après.

La malade rentre chez elle après un premier traitement spécifique (cyanure), elle continuera à être traitée.

Examen histologique par le Dr Ivan Bertrand. — La pièce de résection gastrique comprend toute la région pylorique sur une étendue de 15 centimètres environ. A l'ouverture on constate qu'il n'existe ni ulcération, ni tumeur ; on est frappé par la transition brutale entre la région juxta-pylorique et le segment sus-jacent. Toute la région suspecte présente un

aspect blafard, sans repli muqueux. A ce niveau la paroi est épaissie et atteint environ 15 millimètres. C'est surtout la tunique sous-muqueuse qui est hypertrophiée et présente à la coupe un aspect lardacé blanchâtre. La musculuse est également épaissie, mais on voit de fines bandes de sclérose partir de la sous-muqueuse et se perdre en se ramifiant dans la musculuse.

Le péritoine viscéral est entièrement normal, lisse et brillant, il ne comporte aucun nodule suspect, aucune zone d'adhérences. En explorant, au palper, le fragment réséqué, il est facile de constater que la muqueuse glisse facilement sur les plans sous-jacents. Dans la portion duodénale, l'hypertrophie de la celluleuse cesse et la muqueuse revêt une apparence normale.

Des coupes microscopiques ont été pratiquées en divers points de la pièce opératoire.

α) la muqueuse est profondément altérée ; si l'épithélium de revêtement superficiel est partout conservé, les diverticules glandulaires ont presque entièrement disparu. Toute la muqueuse est occupée par des éléments conjonctivo-vasculaires de types variés, lymphocytes, grands monos, plasmocytes, quelques rares polynucléaires. Signalons la présence de grands histiocytes à protoplasme très fortement éosinophile.

Dans l'épaisseur cette muqueuse entièrement bouleversée et qui répond maintenant à un type granulomateux, on distingue de nombreuses fibres musculaires lisses orientées perpendiculairement à la surface. A mesure que l'on s'éloigne du pylore, on retrouve çà et là quelques diverticules glandulaires normaux et même de nombreux amas lymphoïdes à topographie folliculaire.

La muscularis mucosae est partout conservée, elle est souvent infiltrée de lymphocytes mais on ne retrouve jamais au delà de cette limite des éléments présentant une structure épithé-

liale. La transformation granulomateuse de la muqueuse est tellement surprenante qu'on pense à l'éventualité d'une transformation néoplasique. Mais il n'existe aucun élément cytologique suspect, pas de mitoses, pas de monstruosité nucléaires, pas de zone nécrotique.

b) La sous-muqueuse montre une hyperplasie assez banale avec faisceaux collagènes ou pré-collagènes et nombreux néo-capillaires. Signalons cependant, de place en place, l'existence d'amas lymphocytaires, véritables centres néo-lymphoïdes. Souvent leur centre clair avec cellules germinatives de Flemming indique l'activité de ces réactions inflammatoires. Les vaisseaux de la sous-muqueuse sont fréquemment entourés de gaines lymphoïdes constituant une sorte de péri-vascularite. Les parois vasculaires sont souvent épaissies, mais nous n'avons trouvé nulle part de lésion d'endartérite, ni aucune trace de thrombose.

c) La musculuse présente un développement considérable de sa trame conjonctive. Sur les préparations colorées à l'hémateïne-éosine-safran, on observe un véritable aspect cirrhotique, les bandes musculaires paraissent étouffées par l'hypertrophie interstitielle. Les fibres musculaires lisses présentent d'ailleurs des lésions dégénératives intenses, le protoplasme contractile perd son affinité pour l'éosine et se vacuolise. En d'autres points, les fibres musculaires se condensent et forment un bloc fibroïde massif.

La tunique sous-séreuse est nettement hypertrophiée et présente une structure analogue à celle de la sous-muqueuse.

Si on peut éliminer le diagnostic de néoplasme, il est plus difficile de préciser la nature de ces réactions inflammatoires. Les lésions frappent la totalité de la paroi gastrique. Au niveau de la muqueuse, elles semblent particulièrement évolutives et aboutissent à une lame de tissu granulomateux, après involu-

tion presque complète des glandes pyloriques. La sous-muqueuse et la muqueuse sont le siège d'une sclérose hypertrophique avec quelques amas inflammatoires. Il n'existe nulle part d'aspect pathognomonique, pas de cellules géantes, pas de nécrose gommeuse. Les vaisseaux sont irrégulièrement touchés au niveau de leur tunique moyenne, mais il n'existe ni thrombose, ni endartérite. Dans ces conditions, le diagnostic de syphilis gastrique est vraisemblable mais ne peut-être affirmé histologiquement.

Malgré la réserve histologique qui ne permet pas d'affirmer la syphilis (1), toute l'histoire de cette tumeur inflammatoire si spéciale, non néoplasique, évoluant pendant trois ans sans cachexie chez une femme à Wassermann positif, nous paraît devoir être rattachée à la spécificité.

CHAPITRE II

Symptômes des syphilis gastriques à type de sténose

A) **A type de sténose du pylore**

La forme la plus fréquente du cancer gastrique est celle qui atteint le pylore. Elle est intéressante d'une part à cause de sa fréquence, d'autre part à cause de sa symptomatologie très riche qui rend son diagnostic précoce relativement aisé. Mais cette symptomatologie, si riche soit-elle, peut être imitée trait

(1) Il faut d'ailleurs noter qu'un traitement intensif d'un mois (Quinby-iodure) précédant immédiatement l'opération a pu faire disparaître dans la tumeur les éléments les plus caractéristiques et les plus sensibles (gomme par exemple).

pour trait par la syphilis, « l'estomac ne possède pas des modes de réactions illimité, il réagit presque de manière identique à toute cause d'irritation quelle qu'en soit l'étiologie ».

Lessyndromes gastriques, syphilitiques avec aspect de sténose du pylore se montrent sous deux modes principaux :

1° *La sténose pylorique lente à rechute* qui évolue comme une lésion bénigne ;

2° *La sténose pylorique progressive ou à marche rapide* qui évolue tout à fait comme une sténose cancéreuse, donne un syndrome pylorique bien individualisé avec ses deux phases d'hypertonie et d'atonie.

Le malade commence à se plaindre de douleurs tardives survenant trois ou quatre heures après les repas, et il souffre d'autant plus pendant les premiers temps que l'estomac a conservé son tonus. Il cherche un soulagement en se faisant vomir, et rend des débris alimentaires ingérés depuis longtemps.

On peut alors observer un début de dilatation stomacale, la fréquence des ondulations péristaltiques, la tension en masse du grand cul-de-sac. Le tubage montrera la présence de liquide résiduel à jeun, des débris alimentaires brunâtres à odeur de beurre rance, contenant des acides de fermentation.

Le coefficient α s'élève considérablement, et après repas d'Ewald, le liquide retiré est anachlorhydrique.

La radiographie montre : un rétrécissement tubuliforme à trajet plus ou moins axial. Dans la portion antro-pylorique, une infiltration étendue de la paroi, la dilatation gastrique et le retard d'évacuation, des aspects d'amputation ou des irrégularités qui orientent vers la possibilité d'un néoplasme.

On peut même voir la syphilis réaliser le tableau complet de la sténose serrée du pylore, le malade entre alors dans la phase d'atonie. Les douleurs bien moins intenses sont rem-

placées par des régurgitations continuelles du trop plein. La rétention du liquide fétide atteint plusieurs litres. A cette période terminale, bien rare aujourd'hui, l'étiologie ne compte plus et le diagnostic n'a aucun intérêt.

C'est à la première période que l'erreur est fréquemment commise, le malade est pris pour un cancéreux et : la nature véritable de la lésion syphilitique n'est reconnue que lors de l'intervention chirurgicale, et même parfois seulement par le résultat de l'examen microscopique.

Ce qui caractérise particulièrement la syphilis à type de sténose pylorique, c'est tout d'abord l'évolution qui est souvent améliorée de façon considérable par la gastro-entérostomie qui donne ainsi des survies très longues et non compatibles avec l'hypothèse d'un cancer ; c'est la présence des symptômes discordants, l'aspect curieux des lésions anatomo-pathologiques ; l'étude des antécédents. Mais en eux-mêmes, aucun des symptômes ne peut donner la clef du problème et nous verrons au chapitre diagnostic que seul un faisceau de plusieurs signes pourra attirer suffisamment l'attention du chirurgien.

B) Sténose médio-gastrique biloculaire

La sténose médio gastrique entraîne la déformation bien connue sous le nom d'estomac biloculaire. Elle paraît relativement fréquente par rapport aux autres syphilis de l'estomac. Déjà en 1886 Gaillard soupçonnait la nature spécifique de l'estomac biloculaire. Le 2^e cas certain rapporté dans la littérature est celui que Lafleur publiait en 1903 dans le *Montréal médical Journal*.

Depuis cette date, il faut signaler Leven et Barret qui, les premiers firent l'examen radiologique d'une sténose médio, gastrique syphilitique.

Nous ne ferons que signaler les nombreuses publications de Beclère, Bensaude et Gaillard Mendelshon en 1919, de Tinbal Loeper, et les 9 observations de la thèse de Lumière.

Si l'on se rapporte au nombre d'observations publiées, la biloculation syphilitique serait donc fréquente et pourtant, si l'on admet l'opinion de Singer, elle constituerait seulement une forme transitoire, un mode de guérison. Singer s'appuie sur ce fait que sur 5.000 autopsies il n'a pas vue de syphilis biloculaire, alors qu'en 6 ans il en aurait opéré 4 cas, contraste évidemment frappant.

Classification des biloculations. — Il faut avant tout s'entendre sur le terme de biloculation, il est à la fois clinique et radiologique.

On les distingue en intermittentes et permanentes (Klose) en propre et en d'emprunt (Beclère) en anatomiques et en physiologiques (Leriche).

On peut, pensons-nous avec Lumière, les diviser en passagères et permanentes. A première vue les passagères dues aux spasmes, aux compressions, à l'atonie ne nous intéressent pas.

Et cependant si sur plusieurs clichés en série ou à quelques jours d'intervalle on retrouve une incisure au même point, il faut penser à une lésion irritative au début et multiplier les examens.

Les biloculations permanentes ont toujours été classiquement rapportées à deux causes. Ulcère tout d'abord et cancer plus rarement. Ce n'est que très récemment que la notion de syphilis a conquis vraiment droit de cité.

Elle est constituée uniquement par des lésions gommeuses et scléro-gommeuses parfois tumorales ou par une lésion ulcéreuse due à la fonte d'une gomme, très rarement par des lésions purement scléreuse, sauf en cas de linite localisée.

Nous n'insisterons pas *sur la symptomatologie de la biloculation syphilitique* qui a peu de caractères particuliers. *Les signes subjectifs* peuvent manquer, s'il y en a ils revêtent l'allure dyspeptique. La digestion est lente, difficile. Le malade ressent des pesanteurs épigastriques, on entend le glou glou gastrique de Clozier.

Lorsqu'ils sont intenses, ils simulent plus souvent l'ulcère que le cancer avec des hématomèses brutales des crises douloureuses. L'intolérance gastrique calme parfois la douleur et les vomissements paraissent d'autant plus fréquents que le siège est plus haut situé. *Ce peuvent être des vomissements en deux temps*. Le premier temps pour le contenu de la première poche, le second temps pour la deuxième.

Ou encore en trois temps, alimentaires, muqueux, puis de nouveau alimentaires lorsque la 2^e poche se vide.

L'examen montre de la tension intermittente et du clapotage limité à gauche. Le clapotage est surtout manifeste lorsque l'on a pratiqué l'insufflation.

Le sondage montre la présence de liquide alimentaire à jeun. Il peut révéler ce que Tarkowski a appelé l'ectasia ventriculi paradoxa. L'estomac clapote alors qu'on pensait l'avoir vidé.

Après injection d'eau, il ressort moins de liquide qu'on n'en avait envoyé. Le signe de Bouveret (issue de liquide clair puis trouble) peut encore être observé. Malgré tout la première place revient à la radiographie. L'insufflation, qui montre soit une seule poche, soit simultanément les deux, et la gastroduphonie sont peu utilisées.

L'examen radiologique non seulement permet de poser le diagnostic de biloculation, mais encore met bien souvent sur la voie du diagnostic étiologique, il permet de suivre l'évolution, de délimiter le rôle du spasme et de la lésion organi-

que, enfin, ce qui est très précieux, de suivre d'une façon très sûre l'efficacité du traitement d'épreuve.

Moins que les autres formes cependant l'estomac biloculaire syphilitique peut être pris pour un cancer et bien plus fréquemment au contraire en face de cette lésion on pensera à l'ulcère.

Il faut savoir que la syphilis joue cependant un rôle important.

Signalons la possibilité d'estomac triloculaire, tel le cas rapporté par Caussade et Leven (1).

On sait combien sont rares les cas absolument certains de syphilis gastrique. En voici un très beau cas :

Une femme contracte la syphilis à son mariage et la soigne mal. Pendant 17 ans elle souffre d'un état dyspeptique sans caractères typiques et sans modification par l'alimentation, mais avec de la diarrhée durant les 10 dernières années.

Cette longue période de souffrance est traversé par deux épisodes avec hématomèse, et le second lui coûte la vie. Amaigrissement glycosurie s'ajoutent au syndrome. Aux rayons X on découvre un estomac formé de 3 poches superposées reliées par des défilés étroits, mais extensibles.

A l'autopsie on trouve les 3 poches constatées à la radio, mais sans rigidité des parois, la partie postéro supérieure de l'estomac, le lobe gauche du foie, le pancréas sont réunis et englobés dans une péritonite plastique, qui s'étend jusqu'à la face correspondante du diaphragme.

Au microscope, ni dans l'estomac, ni dans aucun autre organe on ne découvre de lésions néoplasiques.

CAUSSADE et LEVEN. — Syphilis gastrique (estomac triloculaire) et pancréas avec rétro-péritonite, artérite syphilitique (estomac, pancréas, poumons), dans ce dernier organe, artérites avec petites ectasies, *Soc. Médicale des hôpitaux de Paris*.

Les lésions gastriques sont caractérisées par une sclérose des deux faces de la musculuse, c'est-à-dire de la sous-muqueuse et de la sous-séreuse avec des lésions typiques des vaisseaux et atteignant surtout la mésentère.

Ajoutons des lésions très intéressantes des artères du parenchyme pulmonaire avec véritables petits anévrismes qui expliquent les crachements de sang des syphilitis pulmonaires.

La muqueuse gastrique ne présente aucune lésion importante sauf en un point du défilé inférieur, où on trouve une petite ulcération en coup d'ongle avec ouverture d'un vaisseau qui a causé les accidents mortels.

C) Sténose du cardia syphilitique

Elle est très rare, il en existe trois exemples seulement dans la littérature, celui de Bouveret, et deux autres de Bensaude et Rivet, leur diagnostic, vu leur rareté, serait très difficile si elles n'étaient toujours associées à d'autres lésions de syphilitis gastrique.

CHAPITRE III

La linite

Nous savons maintenant que parmi les différents types de syphilitis gastrique, la linite est une de celles dont le diagnostic est le plus facile et le plus fréquemment fait, il n'en a pas toujours été de même et autrefois, du temps d'Andral, de Brinton, d'Hanot et de Gambault elle a donné lieu à des interprétations très diverses.

On a successivement invoqué à son origine le cancer, l'artério-sclérose, les inflammations, les intoxications, la tuberculose et la syphilis. Le rôle de cette dernière étant certainement fréquent, mais non toujours exclusif, semble-t-il.

La syphilis plastique à forme pseudo-cancéreuse, car c'est entre ces deux affections que se dispute principalement le diagnostic, se caractérise :

1° Par une infiltration totale de l'estomac rétracté et non dilatable.

2° Par son évolution lente.

Elle peut s'étendre à tout ou partie de l'estomac et réaliser alors une forme pylorique ou médio-gastrique.

L'évolution clinique passe par deux phases, l'une latente, souvent longue et peu caractéristique, l'autre de compensation plus rapide, caractérisée par des vomissements incoercibles, une capacité gastrique très réduite, le patient ne pouvant supporter que quelques cuillerées de bouillie prises à long intervalle, et par la triade : anacidité, absence de sang dans les selles et état général longtemps conservé (pour Buttner).

Mais lorsque l'atrophie est constituée, ce qui pour Schwartz demande 2 ans 1/2 à 3 ans, la cachexie devient rapidement effrayante et l'amaigrissement considérable.

Radiologiquement c'est le « petit estomac rétracté de Leven, collé contre le diaphragme. Quelques aspects semblent assez caractéristiques de la syphilis gastrique. Ce sont les lésions d'estomac en tube ou de micro-estomac, l'estomac en haltère ; lorsque la lésion reste localisée à la région antrale, nous avons l'estomac-pipe qui se différencie seulement de certains néoplasmes infiltrés et tunellisés, par la plus grande netteté des contours.

Signalons, parmi les plus belles observations de linite syphilitique celle de Moutier (6) pour les linites antrales, celle de Bokus et Banck parmi les linites médio-gastrique et celle de Moutier (4), de Rocha et de Windholz, celle de Rocha vérifiée à l'autopsie.

L'examen radiologique est ici capital et permet à lui seul de préciser le diagnostic.

Voici quelques observations en exemple :

OBSERVATION

(MOUTIER)

C. B..., âgée de 65 ans, présente depuis deux ans des vomissements d'abord espacés, puis presque incoercibles, la malade vomit du reste de moins en moins parce qu'elle a réduit son alimentation à quelques cuillerées de bouillies ou quelques gorgées d'eau, qu'elle prend à d'assez longs intervalles au cours de la journée. Elle est arrivée à un degré de cachexie absolument effrayant, quand nous la voyons six semaines avant sa mort.

A l'examen clinique, on constate l'existence d'un épaissement massif de l'estomac, donnant l'impression classique du tuyau de caoutchouc épais. L'examen radiologique confirme cette impression en montrant l'existence d'une linite généralisée avec incontinence pylorique. On porte le diagnostic d'épithélioma gastrique, mais si la nécropsie permet d'étudier un estomac macroscopiquement linitique, sans doute, on ne constate à son niveau aucune déviation cellulaire. L'examen histologique montre que les gros plis de l'estomac sont uniquement formés par du tissu fibreux, que la muqueuse est atrophiée dans toute son étendue, et qu'il n'existe aucune cellule épithéliale infiltrant la fibrose.

Cette femme avait contracté la syphilis aux dires de son mari, une quarantaine d'années auparavant. Il s'agissait d'une syphilis conjugale qui paraît avoir été peu ou point soignée. La malade semblait ne pas avoir présenté d'autre accident que la maladie terminale. On ne relevait, en effet, dans son histoire que deux fausses couches de cinq et trois mois au début de son mariage. Les réactions de Wassermann et de Hecht qui avaient été pratiquées, un an environ avant la mort, étaient moyennement positives, on ignore pourquoi il n'en avait été tenu aucun compte à l'époque.

Un cas de linite totale à évaluation régressive spontanée

(MOUSSEAU)

M^{me} G. I..., début des troubles dyspeptiques en octobre 1919 (à 30 ans) ; d'emblée symptômes d'apparence dysphagiques ; à chaque repas, dès l'ingestion des premières bouchées d'aliments, douleur vive épigastrique en barre, avec sensation d'étouffement, suivie ou calmée par une ou plusieurs régurgitations très pénibles, le repas pouvait être ensuite continué et achevé sans incident nouveau, peu à peu la malade s'est rendue compte que les « solides passaient » plus difficilement et que les liquides n'étaient bien tolérés qu'à la condition d'être absorbés par petites quantités à la fois ; pour ces raisons et à cause de l'anorexie pour la viande, restriction considérable de l'alimentation ayant abouti à un état d'inanition grave en octobre 1910, jamais eu de diarrhée ni hématomèse. Examen de la malade en 1910. Poids 33 k. 500, taille 1 m 51. Aspect cachectique, ne prend que deux ou trois jaunes d'œufs et deux à trois tasses à café de liquide chaque jour. Examen radioscopique : 15 octobre 1910. Insufflation de l'estomac (par un mélange effervescent) ; le boudin gastrique, senti par le palper, avant insufflation n'augmente pas de volume, mais

au-dessous de lui, les premières anses grêles distendues par le gaz, se dessinent aussi et sous la paroi abominale, amincie et atone (insuffisance pylorique).

Exploration par la sonde gastrique : la sonde de Frémont pénètre facilement dans l'estomac, d'où on extrait à jeun, 5 cm³ de liquide visqueux (chlore total 0,27, libre 0, trace d'acide lactique). Un repas d'épreuve est « rejeté » presque immédiatement.

Le diagnostic de linite totale avec son syndrome complet de pseudo-dysphagie et d'insuffisance pylorique ne peut prêter à discussion, l'étiologie, la nature de cette linite soulèvent les questions de mises en pareil cas. Cancer ?, syphilis ?, tuberculose ?. Cinq ans avant le début des accidents la malade a été soignée pour tuberculose pulmonaire (hémoptysies, hôpital Nécker), en octobre 1910, on ne trouve pas de signes de reliquats, ni par l'examen clinique, ni par l'examen radioscopique. Ce dernier montre seulement une adénopathie médiastine périhilaire anormalement développée. Pas de syphilis avérée ; réaction de Bordet-Wassermann négative.

Nous décidons la malade à se laisser opérer, après avoir remonté son état général (sérum, lavements alimentaires). Opération 9 novembre 1910 (Docteur Walter). Pas d'ascite, pas d'épiploïte, estomac réduit à un tube induré régulièrement et en totalité ; pylore largement béant, dans lequel pénètre aisément le doigt « coiffé » du duodénum ; pas d'adénopathie périgastrique apparemment anormale, après libération de quelques brides gastro-vésiculaires, on referme le ventre, l'étendue de l'induration gastrique faisant renoncer à toute exérèse.

Suites opératoires bonnes, on reprend l'alimentation « per os », par petits repas fractionnés de lait, de purées claires, de jus de viande, de jaunes d'œufs, etc. ; la malade n'éprouve plus aucune douleur, mais chaque petit repas est

marqué, à son début, d'une régurgitation, après quoi le reste du repas peut être ingéré sans nouvel incident.

Malgré la réponse négative de la réaction Bordet-Wassermann, on fait deux séries d'injections de sels mercuriels, sans obtenir aucune modification des accidents.

Cependant, grâce à une alimentation bien réglée, la malade remonte à 41 kilos.

Jusqu'en mai 1912, le tableau clinique ne change guère, si les petits vomissements du début de chaque repas ne sont plus régulièrement quotidiens, sauf par périodes, leurs caractères de régurgitations sont identiques, plusieurs examens radioscopiques, pratiqués à diverses reprises, montrent une image identique à celle du premier examen de 1910. La malade, sans avoir une vie très active, vaque aux soins de son ménage. Le poids s'est maintenu autour de 40 kilos.

2° La deuxième phase de l'affection commence en juin 1912. Le dégoût par la viande est devenu absolu, s'opposant désormais à toute ingestion de viande pulpée ou hâchée, tolérée jusqu'alors. Les vomissements s'espacent, cinq ou six fois par mois, surviennent seulement une ou deux heures après les petits repas (vomissements alimentaires).

Examen du chimisme gastrique, une heure après repas d'Ewald (juillet 1912) : $A = 0,29$: $T = 1,60$, $H = 0$: Hypochlorhydrie.

En 1913, même allure des accidents, vomissements relativement tardifs, alimentaires, peu abondants, plus ou moins fréquents par périodes ; en 1914, pendant les six premiers mois, a plusieurs crises de diarrhée du type gastrogène. Examen radioscopique (juillet 1914) : aspect sensiblement analogue à celui observé en 1912. L'estomac a de moins en moins l'aspect tubulaire des premiers examens. Le poids de la malade se tient entre 40 et 41 kilogrammes,

Revue en avril 1921 : poids 47 kg., depuis un an les vomissements toujours du type semi-tardif, deux heures après le repas, sont redevenus plus fréquents aussi vraiment pénibles ; s'effectuant avec effort par périodes ; il y a même de petits vomissements, pituiteux, glaireux, le matin à jeun. La malade « faite à cet état de chose » ne paraît pas préoccupée par sa santé. Depuis quelques mois, elle a restreint son alimentation à un litre de lait et deux ou trois œufs, elle ne se trouve pas assez malade pour rentrer à l'hôpital. Examen radioscopique (11 avril 1921).

Dans le décubitus dorsal, l'estomac remonte facilement, son image n'est pas anormale, l'évacuation dans le décubitus droit latéral n'est pas continu. Au total, en tenant compte de la taille de la malade (1 m. 51), l'aspect radioscopique de son estomac suggère l'idée d'une dilatation mécanique d'origine pylorique.

En résumé, depuis le début de cette histoire pathologique jusqu'au moment présent, nous avons assisté à une évolution régressive des symptômes et signes de linite, évolution qui dure depuis 11 ans.

DIAGNOSTIC

CHAPITRE I

Diagnostic général

Arrivé au terme de cette étude symptomatologique, nous sommes obligés de conclure que la syphilis gastrique ne possède en propre aucun symptôme. Ceux-ci sont conditionnés beaucoup plus par le siège et le caractère anatomique que par leur étiologie.

Mais si chaque signe en particulier n'est pas caractéristique, certains faisceaux des symptômes ainsi que les modes récents d'exploration, radiologie et laparotomie exploratrice revêtent un intérêt beaucoup plus grand.

Par la clinique, c'est tout d'abord *et essentiellement en y pensant* toujours et en la recherchant qu'on pourra diagnostiquer une syphilis gastrique.

La notion d'âge relativement jeune reste malgré tout un appoint important, mais ce raisonnement n'est pas réversible et un veillard peut parfaitement être porteur d'une lésion spécifique. Parmi les signes cliniques, l'existence de *douleur nocturne* ou de douleurs non influencées par l'alimentation, *l'absence d'hémorragies* occultes, *l'inefficacité* de toutes les thérapeutiques habituelles, la durée anormalement prolongée, surtout s'ils sont groupés, ont une haute valeur.

Il n'en est pas de même de la tumeur abdominale même indolente et régulière qui paraît aussi fréquente dans le cancer.

Signalons cependant la règle de Haussmann : « Si l'on est en présence d'une tumeur bombée de la région pylorique sans sténose et avec réaction de Weber négative dans les selles on peut éliminer le cancer et l'on doit songer à l'infiltration gommeuse ».

L'anachlorhydrie semble ne pas être un symptôme à dédaigner si l'on songe à cette maladie de Haussmann dont le traitement fit non seulement disparaître la tumeur, mais encore l'anachlorhydrie.

La conservation de l'état général est, nous l'avons déjà dit, assez sujette à caution ; il reste malgré tout qu'une grosse tumeur cancéreuse est peu compatible avec un aspect extérieur relativement peu touché.

Mais la plupart des auteurs, Loeper, Chiray, Bensaude, Gaber, sont d'accord pour souligner l'attention que l'on doit accorder à la *Loi de Discordance*, lorsque au cours d'un examen plusieurs symptômes semblent contradictoires, bizarres, atypiques, il faut penser à la syphilis.

Cette grande loi établie par Hayem possède une valeur indiscutable.

C'est ainsi que chez un sujet amaigri, anorexique, porteur d'une tumeur épigastrique, qui présente toutes les apparences d'un cancéreux, on ne trouve pas cette teinte jaune paille habituelle dans le cancer. L'histoire du malade un peu fouillée met en lumière ce fait que le début des troubles remonte à 3 ou 4 ans, que l'anorexie est de vieille date. Ces discordances devront attirer l'attention du clinicien et provoquer un examen approfondi dans le sens de l'étiologie spécifique.

DIAGNOSTIC PAR LA SÉROLOGIE

Celle-ci ne doit pas être considérée isolément et l'interrogatoire du malade, la recherche de ses antécédents, des lésions spécifiques actuelles : leucoplasie, aortite, gomme ou cicatrices, réflexes, *restent au tout premier plan.*

La réaction de Wassermann viendra ensuite étayer les présomptions fournies par la clinique, rappelons sa grande constance : Leary a trouvé sur 99 syphilitiques 79 o/o de W. positifs et 6 o/o de sérologies complètement négatives. Il ne faudra jamais se passer d'un appoint aussi sérieux. Bien entendu, les réactions négatives ne doivent pas être prises en considération.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

L'exploration radiologique, dernière venue parmi les méthodes de diagnostic, donne de grandes espérances qu'elle n'a complètement pas déçues. Certes, bien des figures sont communes au cancer et à la syphilis, et l'on ne peut leur accorder une place exclusive.

Ici, comme pour la clinique, le diagnostic est en général un diagnostic d'impression, et l'association des signes, les discordances radiologiques ont plus d'importance que les signes mêmes. La bizarrerie des légions radiologiques ; les localisations multiples étagées sur plusieurs parties de l'estomac ou du tractus digestif, l'intégrité des plis de la muqueuse, le contour net et précis des lésions doivent éveiller des doutes sur la possibilité d'une syphilis gastrique.

Il en est de même du manque d'immobilisation de fixité de l'estomac, malgré une grande lésion lacunaire.

Pour la limite. — L'estomac en pipe, la mieugastrie.

Pour la biloculation. — La forme en haltère semble assez spéciale à la syphilis, malgré les dires de Collette.

En tout cas, la radiographie permet de suivre l'évolution des lésions sous l'influence du traitement.

Signalons toute l'importance de la radioscopie, grâce à laquelle on peut délimiter le rôle du spasme et surtout étudier les particularités de l'évacuation.

DIAGNOSTIC THÉRAPEUTIQUE

Le traitement d'épreuve « pierre de touche » est actuellement encore un des moyens les plus efficaces que nous possédions pour établir un diagnostic. Il devra être tenté dans tous les cas où la possibilité d'une syphilis a été soulevée, car il est un principe, c'est que chez un syphilitique toute lésion stomacale, quelle qu'elle soit, doit toujours être d'abord rapportée à la spécificité

1° Le traitement d'épreuve agit bien souvent d'une façon « magique » indiscutable, miraculeuse, ici le diagnostic est définitivement posé.

2° Le traitement après une amélioration rapide devient bientôt inefficace, il faut alors penser à deux éventualités.

a) Les lésions récentes gommeuses ou œdémateuses réactionnelles ont été influencées; les plus anciennes, les scléreuses et fibreuses restent inattaquables.

b) Ou bien encore, il faut penser à l'association des lésions syphilitiques et de cancer, association toujours possible, notamment dans la limite où l'une fait le lit de l'autre.

3° Les signes fonctionnels disparaissent, les lésions radiologiques persistent.

Le traitement n'agit pas d'emblée, il ne faut pas s'abstenir et il pourrait être dangereux de temporiser inopportunément

et de laisser évoluer des lésions qu'un traitement chirurgical employé à temps aurait pu heureusement influencer.

D'ailleurs, le traitement d'épreuve peut être dangereux, et c'est surtout en cas de lésions inopérables qu'il a toute sa valeur.

On ne saurait accorder trop d'importance au traitement d'épreuve, à moins qu'il soit bien mené et intensif, et Bensaude rapporte un cas où il agit merveilleusement malgré un Wassermann négatif, or le Wassermann devint positif 2 mois plus tard seulement, alors que les lésions étaient presque guéries.

Il faut considérer comme un excellent élément de diagnostic la reprise de poids et l'amélioration de l'état général.

LA LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

En raison de l'incertitude diagnostique et du spectre du cancer qui plane sur toute cette question, il est prudent, par mesure de sécurité, de tenter une laparotomie exploratrice lorsque le traitement d'épreuve n'a pas été catégorique.

C'est souvent sur la table d'opération que se fait le diagnostic, quoiqu'il ne soit pas toujours facile de se faire une opinion précise d'après les lésions macroscopiques. Et à ce sujet les observations récentes de Boiffin et Meyer ont apporté des lumières non négligeables. Ces lésions consistent rarement en tumeur, plutôt en infiltration, en plaques, elles donnent aux doigts l'impression d'un blindage élastique de la portion horizontale de l'estomac. Le péritoine est œdémateux, épaissi, la muqueuse présente des ulcérations et des lésions multiples. Les lésions sont moins importantes qu'on ne le supposait avant l'intervention, alors que pour le cancer c'est souvent l'inverse.

Il est inutile d'ajouter que l'examen de la cavité périto-

néale et notamment du foie peut, en révélant des lésions tertiaires, donner la clef du problème.

LES DIAGNOSTICS RÉTROSPECTIFS

Ils sont fréquents, c'est la preuve de la difficulté de l'identification des lésions.

Ils sont faits par un examen histologique pratiqué par acquis de conscience après gastrectomie, ou après une fermeture du ventre en face d'une tumeur inopérable.

Ou bien encore plus tardivement en face d'une survie inexplicable d'un malade jugé perdu où chez lequel l'exérèse avait été incomplète (Hayem).

Plusieurs cas ont été rapportés de ces malades que l'on n'avait pas voulu opérer et chez lesquels on avait tenté « pour faire quelque chose » une thérapeutique arsenicale et que l'on a vu miraculeusement guérir (Chabrol).

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Deux méthodes s'opposent dans le diagnostic de la syphilis gastrique.

La première rigoureusement scientifique exige des preuves viscérales, sérologiques quasi absolues et très variées, elle demande surtout des vérifications opératoires avec examen histologique à l'appui.

Cette méthode, préconisée par Schlesinger, de Vienne, aboutit à considérer la syphilis gastrique comme très rare : Schlesinger conclue que de tous les cas publiés dans ces dernières années, une dizaine seulement sont certains.

Lübarsch n'a relevé dans toute la littérature que 11 observations probantes et complètes. Ce sont les cas de Fahr,

Stopel, Frankel, Pik, Mac Nee, ce dernier avec constatation des spirochètes.

La deuxième, surtout clinique, n'impose pas de preuves anatomiques et admet que l'on puisse faire le diagnostic par l'examen complet du malade, les antécédents, les discordances des symptômes et la preuve thérapeutique.

C'est semble-t-il la seule vraiment logique. Il faut en matière de syphilis avoir l'esprit large, sinon c'est, comme le disait Fournier se condamner « à ne jamais la diagnostiquer » et le diagnostic précoce est ici d'une importance capitale.

Il permet d'éviter une intervention chirurgicale parfois inutile.

Il permet de guérir le malade d'une manière rapide et radicale non seulement de sa lésion gastrique, mais encore des troubles généraux qu'il ne faut pas mésestimer.

Il permet enfin d'agir à une période où les lésions sont encore influençable par la thérapeutique et ne sont pas fixées, sclérosées et définitives.

PRONOSTIC

Les éléments de pronostic sont divers. Mais d'importance inégale. L'âge du malade, l'existence d'autres lésions viscérales syphilitiques interviennent. Plus important est le rôle de la forme clinique ; une forme purement tumorale, n'intéressant pas les orifices est évidemment d'un meilleur pronostic qu'une sclérose orificielle ou une lésion plastique qui retentissent d'une manière directe sur l'alimentation et sur l'état général du malade.

Mais à voir les choses de plus haut, l'essentiel du pronostic réside dans l'efficacité du traitement. Or cette efficacité est elle-même subordonnée à ces facteurs : diagnostic ou du moins suspicion de l'origine syphilitique et nature des lésions.

1° Il est bien évident, en effet, que pour que soit appliqué un traitement efficace, il faut d'abord et avant tout penser à le proposer. Le diagnostic est donc la base du pronostic. Celui-là est-il fait, celui-ci s'illumine, et l'on peut appliquer à son malade les mots classiques : « Heureux celui qui s'étant découvert une tumeur de l'estomac se rappelle d'avoir eu la vérole. »

Si l'on considère le malade comme un cancéreux, on lui imposera une intervention pour le moins inutile. Trop souvent même, il sera rangé dans les cas inopérables, les lésions progresseront et par leur retentissement mécanique amèneront la mort tout comme s'il s'agissait d'un cancéreux.

Nous avons déjà dit la part que prenait dans l'établissement du diagnostic de la syphilis gastrique l'épreuve du traitement, nous n'y reviendrons pas.

2° Le deuxième facteur essentiel du pronostic est la nature des lésions, ce point de vue apporte une atténuation à l'opposition précédente schématique que nous venons de tracer.

Les lésions obéissent d'autant mieux au traitement, et le pronostic est d'autant meilleur qu'elles sont plus jeunes et plus résolutives.

A ce titre, les lésions gommeuses sont celles qui donnent les succès les plus francs et les plus rapides. Miracle, résurrection sont les termes que l'on retrouve sans cesse sous la plume des auteurs.

Les lésions scléreuses obéissent au traitement dans la proportion où elles contiennent des lésions jeunes et résolutives. S'il s'agit donc de lésions purement scléreuses, de sclérose confirmée, le traitement sera sans effet ; s'il s'agit au contraire de sclérose jeune, on obtiendra sous l'effet du traitement, des améliorations plus lentes, certes, que dans les cas d'infiltration gommeuse et incomplètes, mais très importantes cependant.

Ainsi donc poser un diagnostic et instituer un traitement correct le plus tôt possible sont les meilleurs fondements d'un pronostic bon ou excellent.

Nous devons signaler à ce propos les observations dans lesquelles une amélioration considérable avait été obtenue et se maintenait depuis suffisamment longtemps pour que l'on puisse valablement parler de guérison, et où cependant l'examen radiologique montrait la persistance et parfois même l'aggravation des lésions locales. Il en était ainsi dans les observations de Leven et Barret, et celle plus récente de Chabrol.

3° Un dernier facteur est la possibilité d'une intervention chirurgicale lorsqu'elle est indiquée. On conçoit sans peine qu'une sténose par sclérose et sur laquelle le traitement anti-syphilitique est dénué d'action, puisse être combattue par des moyens chirurgicaux dont les indications seront envisagées dans le chapitre suivant.

TRAITEMENT

TRAITEMENT MÉDICAL

1° TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE. — [*Principes généraux.* — Il s'agit de lésions de type tertiaire, et l'on sait qu'il est impossible de codifier d'une façon schématique le traitement à cette période. L'intensité dans la conduite de la cure d'attaque est toujours à rechercher, mais les lésions, dues ou non d'ailleurs à la syphilis, d'autres organes, obligent parfois à modifier la conduite de cure qui serait souhaitable. Agissent dans le même sens les intolérances médicamenteuses qui deviennent plus fréquentes à l'époque le plus souvent avancée de la syphilis où elle se localise sur l'estomac pour y réaliser des lésions pseudo-néoplasiques.

On devra toujours rechercher le traitement le plus efficace, et savoir cependant s'arrêter parfois en deçà de ce qui serait souhaitable.

Il faut également avoir présent à l'esprit qu'il s'agit de lésions gommeuses ou scléreuses, et le plus souvent sclérogommeuses, mais toujours localisées et bien différentes des lésions septicémiques et résolutives de la période secondaire.

Dans la règle, il s'agit de syphilitiques qui n'ont pas eu de traitements antérieurs, ou des traitements insuffisants. Une fois commencé le traitement de ces syphilitiques anciens devra être indéfiniment poursuivi.

Les voies d'introduction utilisées. — La voie buccale était autrefois très employée dans le temps où mercure et iodure de potassium représentaient les seuls médicaments anti-syphili-

tiques connus ; et les auteurs insistaient sur la tolérance remarquable et quelque peu paradoxale pour ces médicaments de vomisseurs invétérés.

Néanmoins à l'heure actuelle la voie parentérale a la faveur de la plupart des médecins, pas de tous cependant et Leven estime que le meilleur traitement est réalisé par l'association suppositoires, capsules.

Les médicaments employés. — *L'iodure de potassium*, considéré de nos jours comme un médicament anti-syphilitique de second ordre est moins en honneur qu'autrefois, il est prescrit à la dose de 2 à 4 gr. par jour en solution diluée, et de préférence dans du lait. Son action résolutive importante et son efficacité dans tous les processus scléreux expliquent son efficacité. C'est d'ailleurs la raison de l'utilisation actuelle de l'iode sous forme de *lipiodol* particulièrement recommandé par Leven.

Le mercure est peu employé dans ces cas sous forme de frictions. Les voies intramusculaires et intraveineuses sont classiques. Leven est partisan de l'absorption rectale qu'il combine à l'emploi du *lipiodol* de la façon suivante :

1^o 20 fois par mois, utiliser un des suppositoires suivant :

Hg vif.....	3 à 4 centigr.
Eteindre dans lanoline et vaseline ââ	50 centigr.
Beurre de cacao	4 grammes

2^o *Capsules de lipiodol.* — Prendre une capsule au cours des deux principaux repas durant le premier mois, puis 20 jours par mois seulement les mois suivants.

Leven considère ce traitement comme une « thérapeutique propre à la syphilis gastrique » dont les résultats lui ont paru particulièrement brillants.

Nous ne dirons rien du *bismuth*. La localisation gastrique de la syphilis n'entraînant pas de modification dans son usage.

L'*arsenic* sous forme de novarsénobenzol est pour Bensaude, Azémard et Lacapère, Bensaude et Rivet le médicament qui donne les succès les plus rapides et les plus complets dans la syphilis gastrique.

Bensaude fait remarquer que le novarsénobenzol est le médicament le plus actif, et qu'en tout cas, même s'il ne s'agit pas de syphilis, le malade ne pourra que bénéficier de l'action eutrophique bien connue de l'arsenic.

On peut cependant objecter cette critique d'ordre général, qu'à une phase avancée de la maladie, des organismes, qui peuvent présenter des tares viscérales multiples, sont assez souvent intolérants au novar, Loeper a adressé à l'arsenic des critiques plus précises, à la suite de quelques observations personnelles, il se demande si l'arsenic ne peut favoriser l'apparition d'hémorragies et il conclue que l'on peut « sinon écarter les arsenicaux du moins s'en servir prudemment dans une affection où les lésions vasculaires sont fréquentes. »

2° *Traitement diététique*. — Dans tous les cas, il devra être conseillé, car si à lui seul il est en général dénué de toute action, il est cependant utile associé au traitement étiologique par la mise au repos des lésions qu'il réalise en quelque sorte.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les lésions scléreuses et cicatricielles peuvent être portées à un degré tel que le traitement spécifique est sans action sur elles, et si elles entraînent une sténose pylorique ou médio-gastrique, le traitement chirurgical est indiqué. Il en sera de même dans beaucoup de cas de linite plastique. On peut certes tenter d'abord le traitement spécifique, mais on se tiendra

prêt à intervenir sans tarder. L'intervention peut d'ailleurs être nécessaire d'emblée si la sténose est complète. Dans tous ces cas en effet la « notion d'une gêne mécanique l'emporte sur celle de l'origine syphilitique possible » (Chiray, Chêne, Poirier). Voici d'ailleurs ce qu'ajoutent les mêmes auteurs. « Le traitement anti-syphilitique peut cependant être retenu, mais à titre temporaire. Il ne saurait pas en tout cas être prolongé si la gêne mécanique entraîne des perturbations de l'état général. En pareil cas, il est donc indiqué de traiter l'obstacle mécanique par les moyens habituels ». Ce traitement dans son exécution n'a donc rien qui soit particulier à la syphilis gastrique.

CONCLUSION

1° La fréquence de la syphilis gastrique est difficile à interpréter : *a)* Elle est rare si on exige des constatations anatomiques et histologiques rigoureuses ;

b) Un examen clinique, radiologique, et une épreuve thérapeutique bien dirigés permettent de lui accorder une fréquence plus grande.

2° Les constatations radioscopiques et l'épreuve thérapeutique sont avec le test sérologique les signes dominants de la syphilis gastrique.

3° Le diagnostic de la syphilis gastrique est impossible si l'on n'y pense pas. Même si l'on y pense la plupart des symptômes ne sont que des signes de probabilité.

4° Prendre une syphilis pour un cancer est regrettable. Prolonger hors de propos un traitement d'épreuve serait une faute lourde.

BIBLIOGRAPHIE

- E. AGASSE-LAFONT. — La syphilis de l'estomac. *La consultation*, n° 47, octobre-novembre 1932.
- ANDROSCOFF N. — Contribution à l'étude de la syphilis de l'estomac. *Ann. des Mal. vénériennes*, XXIII, 1928, p. 382.
- BORY. — La syphilis gastrique. *Progrès médical*, n° 23, 5 juin 1926, p. 876.
- BONANNO M. — La syphilis gastrica. *Pensiero Med.*, XIV, 1925, p. 369.
- BOIFFIN J. — A propos de la syphilis gastrique. *Gazette méd. de Nantes*, 15 avril 1933, n° 8.
- BENHAMOU-BLOUMENTZWEIG. — Syphilis gastrique héréditaire. Société de Méd. d'Alger. Séance du 20 avril 1932. *L'Algérie médicale*, novembre 1932.
- BENHAMOU-BLOU-MENTZWIEG. — Syphilis gastrique héréditaire tardive. P. 23. *Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, n° 1, janvier 1933.
- BENSAUVE, MÉZARD, GODARD. — Un cas de syphilis gastrique suivi 10 ans. N. *Archives Maladies appareil digestif*, 1930, p. 1178.
- H.-L. BOCKUS and Joseph BANK. — Upper gastro-intestinal disease associated with syphilis. *Amer. Med. Assoc.* Vol. 90, n° 3, janvier 1928, p. 175.
- H.-L. BOCKUS and Joseph BANK. — Upper gastro-intestinal disease associetad with syphilis. *The Amer. Journ. Of Syphil.*, n° 1, January 1929, p. 30.
- BOAS. — Ueber Syphilogenen Erkrankungen des Magens, Dermatolcgisches Uerberehtreferat. *Münch/Med. Woch.*, num. 3, 1925.

- BERNARD Raoul. — Eléments de diagnostic de syphilis des voies digestives. *Bruxelles Médical*, n° 12, 20 janvier 1929, p. 343.
- BABONNEIX et MAURICE-LÉVY. — Périduodénite syphilitique probable. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de Paris*, 3^r sér. 41^e Ann.
- BARD. — Diagnostic des tumeurs syphilitiques de l'estomac. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, t. V, n° 1, janvier 1919.
- BÉCLÈRE et BENSAUDE. — Centre radiologique. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 10 mai, II.
- BENHAMOU. — Syndr. gastrique héréditaire tardifs. *Archives des malad. de l'appareil digestif*, p. 23, 1933.
- BUTTNER. — Syphilis humorale du canal gastro. *Beits Klin. Chir.*, 1927, p. 669.
- CARRERA J.-L. — Dies Lues in Beziehung auf Endokrino-und Sympathicopathien. *Zentralbl. f. Haut, u. Geschlechtskr.*, XX, 1926, p. 484.
- COHN B. — Zur Magen-syphilis. *München. Med. Woch.* LXXII, 1925, p. 2219.
- COHN. — Magen-syphilis. *Medizin. Klinik.*, n° 7, 1^{er} février 1926, p. 251.
- CLASEN. — Gastro-intestinal manifestations in syphilis. *The American Journal of Siph.*, Saint-Louis, janv. 1930, p. 55.
- CASTELLINO. — Syphilis gastrique. *La riforma med.*, Naples, t. XLVI, n° 8, 24 janvier 1930, p. 282.
- CATWOOD. — Sifilis digestiva. *Ann. journ. of. med. Sciences*, Philadelphie, febrero 1925, sano responsabilità.
- CHABROL Etienne. — Les manifestations gastriques de la syphilis. *Paris médical*, 14 décembre 1929, p. 522.
- CAUSSADE-LEVEN. — *Soc. Méd. des Hosp.*, 21 juin 1929, p. 343. Syphilis gastrique estomac triloculaire avec rétro-périt. et artérite syphilitique.

- DAVIAU. — Ac. gast. et syphilis. *Thèse Paris*, n° 77, 1923.
- DORNÉ, M. BRAMS, W.-A. et TUMPEER I.-H. — Gastric acidity in syphilitic children. *Journ. amer. med. assoc.*, LXXXVI, 1926, p. 267.
- ENFIELD Ch.-D. — X-ray. evidence in the diagnosis of gastric and pulmonary syphilis. *Amer. Journ. Syphilis*, X, 1926, p. 621.
- EISENKLAM. — Ueber diffuseluetische infiltration des Magens *Wien. Klin. Woch.*, 1926, p. 182.
- G. ENSTERMAN. — La syphilis gastrique. Réflexions basées sur 93 cas. *The Journ. Of The amer. med. assoc.*, t. XCVI, n° 3., 17 janvier 1931.
- ENSTERMAN. — *Journal of amér. assoc.*, 17 janvier 1931.
- ESTOR-SICARD. — Syphilis de l'estomac à forme hémorragique. *Bull. Soc. des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 8, 206, avril 1927.
- FAROY. — *Arch. des mal. de l'app. dig.*, n° 616, 1933. Cas de Linite plastique. Rôle de la syphilis.
- FRÉMONT-SMITH. — The gastro-intestinal symptoms of neurosyphilis. *Journ. a ner. méd. assoc.*, 1925, p. 1282.
- FOVEAU DE COURMELLES. — Pseudo-cancers et syphilis gastriques. *La Méd. Argentina*, p. 557, n° 67, dic. 1927.
- FIDEL FERNANDEZ MARTINEZ. — Sifilis gastro-intestinal. *Arch. Espanoles de Enfermedados del aparato digestivo y de la nutricion*, n° 8, août 1929, p. 461.
- FIDEL FERNANDEZ MARTINEZ. — Sifilis gastro-intestinal. *Arch. de Enfermedades del aparato digestivo*, septembre 1929, n° 9, p. 513.
- FERRARI. — Syphilis gastrica. *Arch. du Radiol.*, 1925, p. 330.
- GASTINEL P. et PORTRET S. — Un cas de syphilis gastrique, *Bull. méd.*, XL, 1926, p. 769.
- GABERT. — Zur Kenntnis und Diagnose der Magensyphilis. *Mitteilungen sus den Grengeb der Med. u. Chir.*, mars 1927.

- GAEBERT. — Ueber Magen - Syphilis. *Verhandl. d. Deut. Ges. f. Inn. Med.*, 1926.
- GOYENA J.-R. — El diagnostico de la sifilis del estomago. *Buenos-Aires 1928*, p. 8, 8^e ann.
- GOSSET, GUTMANN, BERTRAND. — Syphilis gastrique infiltrée à forme tumorale. Société de gastro-ent. de Paris, 12 mai 1930, in *Arch. mal. a. dig.*, 1930, p. 714.
- HARVIER, P.-J. CAROLI. — Syndrome aortico-gastrique chez un syphilitique. *Paris Médical*, I, 389-392, avril 25, 1931.
- HARTWELL. — Syphilis de l'estomac. *Ann. of Surg.*, vol. LXXI, n° 4, avril 1926, p. 767. Analyse in *Journ. de Chir.*, t. XXVII, n° 4.
- HARRIS-MORGAN. — Mise en évidence du *Spirochæta pallida* dans les lésions syphilitiques de l'estomac. *The Journ. of. The american Médical assoc.*, tome XCIX, n° 17, 22 octobre 1932.
- HARRY A. SIMGER. — Syphilis of the stomach with spécial reference to its relationship to linitis plastica. *The Amer. Journ. of. Syph.*, n° 3. vol. XIII, juillet 1929, p. 391.
- HIRSCHBEPG F. — Ein Fall von syphilitischen Schrumpfmagen *Med. Klin.* XXI, 1925, p. 1933.
- HERMANN. — Sur la syphilis gastrique, *Klin. Woch.*, 4 août 1927-28, p. 1000.
- HAUSSMANN. — Nouvelle cont. à la syphilis de l'estomac. *Zeetschrif fin klinische médizin* 1934, p. 433.
- JUBELIN. — Contribution à l'étude de la syphilis de l'estomac. *Thèse de Paris* 1926, p. 367, Le François, éditeur.
- JAMADA. — Deux cas de syphilis stomacale. *Ann. des mal. vénériennes*, XXIII 1928, p. 306.
- JOAQUIN, MARTINEZ, POMBIO. — Un caso de sifilis gastrica en forma de hiperplasia fibrosa diffusa. *Arch. Espanoles de Enfermedades de l'apparato digestivo y de la nutricion*, junio 1928, p. 321.

- YEO. K. J. — Syphilis of stoamch. *Brit. J. radio*, 4 : 510-512, octobre 1931.
- Dr. GUY LAROCHE. — La syphilis gastrique. *Bruxelles Medical*, n° 45, 10 septembre 1933.
- L. LANGERON. — Quelques observations de syphilis gastrique. *Journ. de méd. à chir. prat.* 102-291-292, avril 25, 1931.
- LEMIERRE A. — Sur deux cas de gastropathie grave ayant simulé le cancer.
- GUY LAROCHE. — La syphilis gastrique. *Journal médical belges*, 24-28 luin 1933. In : scalpel, n° 27, 8 juillet 1933, p. 1038.
- LEVEN G. — Une thérapeutique propre à la syphilis gastrique. *Arch. des mal. de l'app. digestif* 20 : 498-502, avril 1930.
- LEVEN M. G. — La syphilis gastrique et son traitement spécial. *Arch. dermato-syphil. de l'hôpital Saint-Louis*, juin 1931.
- LEVEN G. — Le cancer est probablement de nature syphilitique. *Gazette des hôpitaux* : 104-299-302, feb. 25. 1931,
— Syphilitic disease of stomach. *Siglo Médico* 68 : 820, 27 août 1921.
- LAMY L. M. — Crises gastriques d'un syphilitique ancien. *Arch. des mal. de l'appareil digestif*, XV, 1925, p. 605.
- LUTNER L. HILL. — Syphilis of the stomach. *The amer. Journ. Syphilis*, vol. XIV, avr. 1930, n° 2, p. 200-214.
- LEVEN. — La syphilis gastrique in la dyspepsie 2° éd., p 22.
- LUMIERRE. — La syphilis gastrique biloculaire. *Thèse de Paris*, n° 364, 1926, in-8.
- LOEPER et TURPIN. — *Progrès méd.*, n° 36, 5 septem. 1924, p. 537. Sténose gastrique syphilitique guérie en 2 mois.
- MEYER ET SINGER. — La reconnaissance de la syphilis gastrique au cours des opérations. *Archives of Surgery Chicago*, vol. XXVI, n° 3, mars 1933.

- MELLER. — Un cas de syphilis de l'estomac avec une série complète d'images, jusqu'à guérison. *Roentgen prozis*, 15 juin 1929, p. 365.
- MOUSSEAU J. A. — L'ulcère de la petite courbure d'origine spécifique, sa thérapeutique. *Union médicale du Canada* 60 : 21-26 janv. 1931.
- MOUTIER. — Essai statistique et critique sur la syphilis gastrique, p. 473 ; voir Bibliographie, p. 492
- NEUSMANN. — A propos de la syphilis gastrique. *Wener Klin. Worsch*, n° 24, 1923, p. 431.
- LEVEN (G.). — L'unique traitement de la syphilis gastrique. *Ann. des mal. vénér.*, 25, 81-87, fév. 1930 ; *Presse médicale* 38 : 60, 11 janvier 1930.
- LE NOIR, SOULIGOUX ET COFFIN. — Un cas de syphilis gastrique à forme de linite presque totale. *Arch. des mal. de l'appar. digestif*, XV, 1925, p. 382.
- LE NOIR. — S. de G. E. 11 janvier 26 ; gastrique calleuse. *Presse médicale* 1926, p. 1215.
- LE NOIR. — P. 382 ; *Soc. de gastro. enter. de Paris*, 9 mars 1925. Un cas de syphilis gastrique forme de linite. Gastrotomie da'ant de 18 ans, amélioration de l'état anatomique.
- NÉE ET DUPREY. — Syphilis de l'estomac (estomac-biloculaire). *Soc. de Rouen*, 10 mars 1930.
- OPPENHEIMER S. S. CROHN B., etc. — Syphilis of the stoamch. *New-York State J.* ; *Med* : XXVI 1926, p. 540,
- P. A. O. — Syph. gast. d'après 89 cas. *Amer. Journ. of chir.*, fév. 1931, n° 7, p. 286.
- PETIT, DUTAILLIS ET BERTRAND. — Un cas curieux de syphilis gastrique grave sans tumeur simulant le cancer. *Ann. des mal. appar. dig.*, 13 janvier 1930, p. 199.
- Pozzi. — Contribution au diagnostic clinique et radiographique de la syph. de l'estomac et du duodénum. *Polikli.. sej. med.* 1928, t. XXXV, f. 7, p. 365.

- POZZI. — Contribution à l'étude clinique et radiologique de la syphilis gastrique et duodénale. *Il Policlinico (Sez Mea)*, an XXXV, fasc. 7, 1^{er} juillet 1928, p. 365-92.
- PALLIARD, POLLOSSON et LÉVY. — A propos d'une observation de syphilis gastrique opérée. Sténose extrinsèque du pylore consécutive. *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, séance du 2 février 1932.
- POOLE et FORSTER. — Gastrite syphilitique chronique avec gastrectomie totale et anémie pernicieuse. *The Journ. of the méd. assoc.*, 27 juin 1931, p. 2188.
- PLUDER (G.). — Ueber Magenlues. *Röntgenpraxis* 3 : 1108-1112, déc. 15, 1931.
- RALIN-COMAS, PEREZ. — Sifilis gastrica. *Academia Médico-Quirurgica Espanola*, 4 enero 1926.
- RUMPEL. — Ueber syphilitische erkrankung des Magens. *Zentralbl. f. Chir.* LII, 1925, p. 1.600.
- ROCHA. — Contribution à l'étude anatomique clin. de la S.G. *Revista medica de Barcelona*, fév. 1932, in *Arch. des mal. de l'app. dig.*, p. 1.035.
- RUIZ (J.-G.). — Cont. al. estudio de la syphilis gastrica. *Semanan Med* XXXII, Pt. I, 1925, p. 538.
- RIVARTIN, BORIS et Charles CORDON HEYD. — Syphilitic ulceration of the stomach. *Arch. of Surgery*, vol. 14, 1927.
- RITTER (L.). — Beitrag zur Magen-Syphilis. *Beitr. z. Klin. Chir* CXXXIV, 1925.
- SCHLESINGER. — La syphilis de l'estomac. *Klin. Woch. Berlin*, Vienne et Munich, t. IX, n° 4, janvier 1930.
- SANFORD (C. H.). — Syphilis of stomach case. *Radiology*, Saint-Paul, janv. 1297, p. 73.
- SINGER (A.) et MAYER (K. A.). — Syphilis de l'estomac et considérable sur 50 Surg. *Gyn. and Obst. Journ.* 29, t. XLVIII, p. 23 in p. 236.

- SINGER-MEYER. — La syphilis de l'estomac, les erreurs de diagnostic. *The american journal of Surgery*, n° 1, juillet 1933.
- SUNDARAM (S. K.). — Case of gastric syphilis. *Indian M. Gaz.* 66, 680-682, déc. 1931.
- SOUPAULT (R.). — A propos de la syphilis gastrique. *Arch. des mal. de l'app. dig.* 20 : 1096-1098, nov. 1930.
- STRAUSS. — Linite plastique avec estomac bilocul. chez un enfant atteint de syphilis héréd. *Arch. Fin. Vervau-sings*, juin 1926, 1920, p. 240.
- SURMANT. — Syph. et gastropathies cliniques des mal. de l'app. dig. Hôp. Saint-Sauveur Lille. *Arch. des mal. de l'app. dig.* p. 479.
- TARNOWSKY (G. DE). — Surgical limitations in gastric syphilis *Illinois M. J.* 61, 414-418, may 1932.
- TURRIES (Jean). — Le syndrome douloureux syphilitique de l'épigastre. *Actualités médico-chirurgicales*, p. 37. Masson, éditeur. *Bibliothèque, Fichiers, Monde médical.*
- TOURAINÉ. — Syphilis et cancer. *Pratique médicale française*, mai 1935.
- VAERNEUS (A.). — Roentgen diagnosis of case of gastric syphilis. Svenska läk. tidning. *Invärt. med.*, 28. 17-21, july 17, 1931.
- WALD (L. T. LE). — Roentgendiagnosis of the syphilis of the stomach. *Radiology*, VI, 1926, p. 138.
- WINDOHLZ p. 236. — Sur la syphilis acquise de l'estomac Virchow's. *Arch. path. anat.* 1928, t. CCLXIX, p. 384.
- WILLIAM FITCH CHENEY. — Trastornos funcionales gastricos debidos a la sifilis. *Ecos esponoles de dermatologie y sifiliografia*. n° 46, julio 1929, p. 723.
- Disturbances of gastric fonction due to syphilis. *The Amer. Journ. of syphilis*, n° 1 january 1929, p. 113.

Vu :
Montpellier, le 20 juillet 1935,
Pour le Doyen :
Le Professeur délégué,
GRYNFELIT.

Vu et perrais d'imprimer :
Montpellier, le 22 juillet 1935,
Le Recteur,
TAILLIART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
